

Path.

195

for

Path. 195 tv

Buckheim

<36602192320016

<36602192320016

Bayer. Staatsbibliothek



ÄRZTLICHE

VERSICHERUNGS-DIAGNOSTIK

DER VOLLWERTIGEN UND DER MINDERWERTIGEN LEBEN

VON

D^{R.} EDUARD BUCHHEIM,

CHEFARZT DES ERSTEN ALLG. BEAMTEN-VEREINES DER ÖSTERR.-UNG. MONARCHIE
IN WIEN.



WIEN 1897.

ALFRED HÖLDER

K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER

I. ROTHENTHURMSTRASSE 15.

480

2072

78/15

Von demselben Verfasser sind erschienen:

Praktischer Leitfaden für Versicherungsärzte. Wien 1875.

Handbuch für Versicherungsärzte. Leipzig 1878.

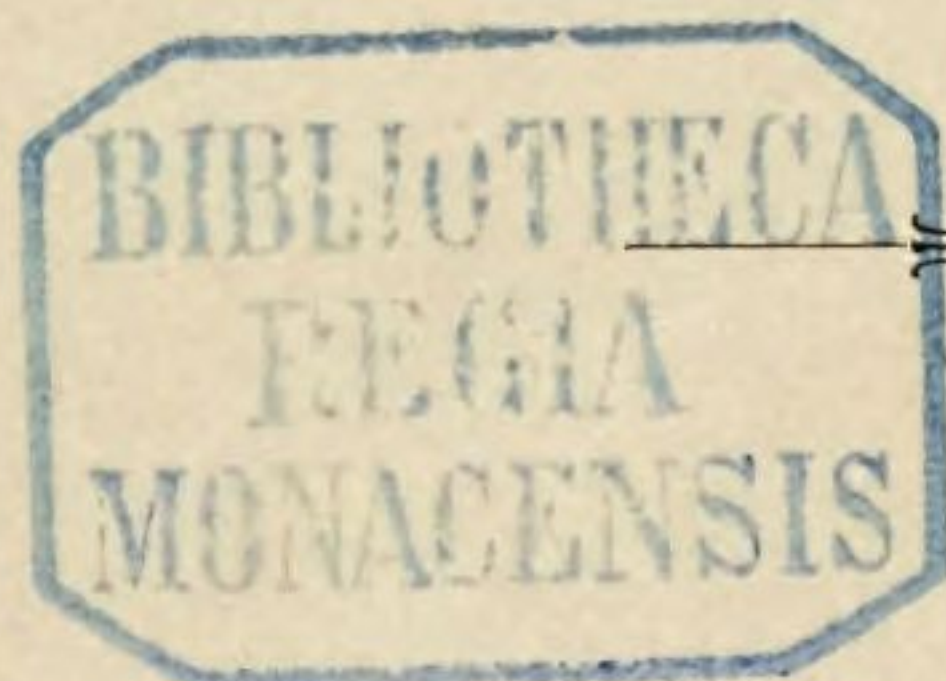
Das Gutachten des Vertrauensarztes. Wien 1879.

**Die Hernien und ihre Beurteilung vom Standpunkte der
Lebensversicherung.** Wien 1882.

**Das Prinzip der Auslese und die Versicherungsfähigkeit
der Masse.** Wien 1882.

Volkswolstand und Volksgesundheit. Wien 1885.

Ärztliche Versicherungs-Diagnostik. Wien 1887.



ÄRZTLICHE
VERSICHERUNGS-DIAGNOSTIK

DER VOLLWERTIGEN UND DER MINDERWERTIGEN LEBEN

VON

DR. EDUARD BUCHHEIM,

CHEFARZT DES ERSTEN ALLG. BEAMTEN-VEREINES DER ÖSTERR.-UNG. MONARCHIE
IN WIEN.



WIEN 1897.

ALFRED HÖLDER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER

I. ROTHENTHURMSTRASSE 15.

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER UEBERSEZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.



Inhalts-Verzeichnis.

Erster Abschnitt.

Die Anamnese.

	Seite
Die Erforschung der Anamnese	1
Die Heredität.	
Die Hereditätsgeseze	2
Die Beurteilung der Heredität	6
Die Lebensweise	7
Die Beschäftigung	8
Der Beruf	9
Das Klima	10
Die überstandenen Krankheiten.	
Die Skrofulose	11
Der akute Gelenksrheumatismus	12
Der chronische Gelenksrheumatismus u. Arthritis deformans . . .	13
Die Gicht	14
Der Muskelrheumatismus	14
Die Syphilis und ihre Merkmale	14

Zweiter Abschnitt.

Die Gestalt.

Der Wuchs	18
Die Messung und ihr diagnostischer Wert	18
Die Messtechnik	22
Die Form.	
Schlank, hager, untersezt	23
Die Haltung: die aufrechte, gebückte, schiefe Haltung	24
Die Bewegung.	
Der ataktische Gang	25
Der Gang nach früheren Lähmungen	25
Der spastische Gang	25

Dritter Abschnitt.

Der Ernährungszustand.

Die allgemeine Deke.	
Die Beschaffenheit und die Farbe der Haut	26
Die Anämie	27
Die Chlorose	28
Die Blau- und die Gelbfärbung	28
Die Merkmale an der Haut	28
Die Muskeln und das Fett	30
Das Knochengerüste	31

Die Anlage des Körpers.	Seite
Der Habitus	32
Die Konstitution	33
Die Beurteilung des Ernährungszustandes.	
Die schwache Konstitution	33
Die Anämie	34
Gute, mittlere Ernährung	34
Dik, wolbeleibt, fettig, mager, zart	35

Vierter Abschnitt.

Der Kopf und seine Organe.

Der Kopf.

Die Form des Schädels und das Haar	37
Das Gesicht und die Gesichtshöhlen	38
Der Gesichtsausdruck	38
Die Gesichtsfarbe	39
Die Gesichtslähmungen	40
Die Mundhöhle	41
Die Merkmale an der Schleimhaut	41
Die Merkmale an der Zunge	41
Die Lähmungen der Zunge und des weichen Gaumens	42
Der chronische Nasenkatarrh	42
Ozäna, Polypen	43

Die Organe des Kopfes.

Das Nervensystem.

Die Krankheiten des Nervensystems	45
Zentrale und periphere Lähmungen	46
Unterscheidende Merkmale derselben	46
Die Atrophie	47
Beurteilung der Lähmung und der Atrophie	47
Die spinale Kinderlähmung	48
Die abnormen Bewegungen.	
Die Krämpfe	50
Das Zittern	50
Die Sprachstörungen	51
Die Ataxie	51
Die reflektorische Erregbarkeit	52
Die Neurasthenie	52
Die Nervosität	53
Die Neuralgie	54
Tabes dorsalis	54
Progressive Paralyse	55
Der Selbstmord	56

Die Sehorgane.

Seite

Die Lähmungen und Krämpfe der Augenmuskeln	57
Die Ptosis	57
Der Strabismus	58
Nystagmus	58
Verengung und Erweiterung der Pupille	58
Die reflektorische Pupillenstarre	58
Exophthalmus	59
Augenkrankheiten als Symptome	59

Die Hörorgane

von Dr. A. Eitelberg in Wien.

Die chronische eitrige Mittelohrentzündung	60
Polypen und Granulationen	61
Die Lücke im Trommelfelle	61
Die Untersuchungsmethoden	62
Die Senkung der oberen Gehörgangswand	62
Die chronische diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges . .	64
Das chronische Ekzem, und die Exostosen des äusseren Gehörganges	64
Das chronische Ekzem der Ohrmuschel	65
Der chronische Mittelohrkatarrh	66
Die Untersuchungsmethoden	66
Die Acusticusaffektion	66

Fünfter Abschnitt.**Der Hals und seine Organe.**

Die Form des Halses	68
Der Umfang des Halses	69
Der Schiefhals	69
Die Gegenden des Halses	69
Die Schilddrüse.	
Der Kropf, der Blähhals	70
Die Beurteilung	71

Der Kehlkopf

vom Univ. Docenten Dr. Michael Grossmann in Wien.

Die Atmung und die Stimmgebung.	
Die Stenose des Larynx und ihre Ursachen	72
Die Compressionsstenosen	73
Die Perichondritis syphilitica	74
Die Stimmgebung.	
Die Heiserkeit und ihre Ursachen	75
Der chronische Kehlkopfkatarrh	76
Die Stimmbandlähmungen und ihre aetiologischen Momente . . .	76
Die peripheren und zentralen Erkrankungen des Nervensystemes .	77
Die hysterischen Lähmungen	77
Die verschiedenen pathologischen Ursachen der Lähmungen . . .	77
Der diagnostische Wert der Laryngoskopie	78

Sechster Abschnitt.

Der Brustkorb und seine Organe.

Der Brustkorb.

	Seite
Die Haut und die Muskeln	80
Die Rippen und das Brustbein	81
Die Wirbelsäule, Schlüsselbein und Schulterblatt	82
Die Gegenden des Brustkorbes	82
Die Formabweichungen des Brustkorbes	83
Die Verbildungen.	
Die rachitische Hühnerbrust und die enge Brustform	84
Die Verkrümmungen.	
Der Rundrüken	85
Der rachitische Höker und der Spizhöker	85
Die Lordose	85
Die Skoliose	86
Veränderungen aus pathologischen Ursachen.	
Die Ausdenungen (emphysematöse Form)	86
Die Vorwölbungen (Aneurysma)	87
Die Einsenkungen (pleuritische Form)	87
Die Vertiefungen	87
Die Beurteilung	88

Die Lunge.

Die Perkussion.	
Die Grenzen der Lunge	92
Die Auslaufweite der Lunge	93
Die Beschaffenheit der Lunge	93
Die Auskultation.	
Die Atmungsgeräusche	93
Die Krankheiten der Lunge.	
Die Phthise	94
Die Diagnostik	96
Die Influenza	97
Die Pleuritis	98
Die Pneumonie	99
Der chronische Bronchialkatarrh	99
Das Lungenemphysem	101
Allgemeine Bemerkungen	101
Die Diagnostik	102
Die Disposition zum Emphysem	104

Das Herz.

Die Grenzen des Herzens	106
Dilatation und Hypertrophie der Ventrikel	107
Die Merkmale der Hypertrophie	107
Der Herzstoss und seine pathognostischen Zeichen	108
Die Ortsveränderung und Umfang des Herzstosses	108

	Seite
Die Stärke und Schwäche des Herzstosses	109
Die idiopathische Herzvergrösserung	110
Die Beurteilung	110
Die Herztöne.	
Die Stärke der Töne	111
Die Verstärkung der zweiten Gefässtöne und ihre Bedeutung . .	111
Die Schwäche der Töne	112
Die Reinheit der Töne	112
Die organischen Geräusche	113
Die Herzfehler und ihre diagnostischen Merkmale	113
Die Prognose der Herzfehler	114
Die anorganischen Geräusche	114
Die Stauungserscheinungen in den Organen	115
Die Erscheinungen des gestörten Kreislaufes	115
Die vorhandenen Beschwerden	116
Die Compensation der Herzfehler und ihre Beurteilung	116
Die Neurosen des Herzens.	
Angina pectoris	118
Herzklopfen	118
Tachycardie	119
Intermittenzen und Arytmie des Pulses	119
Delirium cordis und Tremor cordis	119
Die Beurteilung	119
Die Krankheiten der Gefässe.	
Die Arterien.	
Die Arteriosklerose	120
Die Prüfung auf Arteriosklerose	121
Das Aneurysma	121
Die Venen.	
Varices	122
Beschaffenheit und Form derselben	122
Hämorrhoiden	123

Siebenter Abschnitt.

Der Bauch und seine Organe.

Der Bauch.

Die Weichteile des Bauches	124
Die Gefässe	125
Die Untersuchungsmethoden.	
Die Besichtigung	125
Die Perkussion und die Auskultation	125
Die Betastung	126

Die Organe des Bauches.

Der Magen.

Die Dilatation des Magens	127
Die Untersuchungsmethoden	127

	Seite
Die Perkussion	127
Die Betastung	128
Die Beurteilung	128
Der chronische Magenkatarrh und dessen Beurteilung	129
Ulcus ventriculi und dessen Beurteilung	129
Der Darm.	
Der chronische Darmkatarrh	130
Das perforirende Duodenalgeschwür	130
Die Blinddarmentzündung	130
Die Peritonitis	131
Die Leber.	
Die Untersuchungsmethoden.	
Die Perkussion	131
Die Betastung	132
Die vergrösserte und die herabgedrängte Leber	133
Die passive und die aktive Hyperämie	134
Ikterus	135
Gallensteine	135
Die Milz.	
Die Perkussion	135
Die Betastung	136
Der Milztumor	136
Die Harnorgane.	
Vorsichtsmassregeln bei der Harnuntersuchung	137
Die Harnanalyse.	
Die phisikalischen Eigenschaften des Harnes.	
Die Farbe des normalen Harnes	138
Die pathologischen Farben und die Trübungen	139
Der Geruch	139
Die Reaktion des Harnes	139
Das spezifische Gewicht des Harnes	140
Der Nachweis abnormer Stoffe.	
Zucker im Harne.	
Die Harnproben.	
Die Moor'sche-Heller'sche Probe	140
Felerquellen	141
Die Tromer'sche Probe und ihre Felerquellen	141
Die Böttger-Nylander'sche Probe	141
Eiweiss im Harne.	
Die Kochprobe und die Felerquellen	142
Die Salpetersäureprobe	142
Felerquellen	143
Die Salpetersäure- und Kochprobe	143
Die Probe mit Essigsäure und Ferrocyankalium	143
Die Farbstoffe.	
Die Salpetersäureprobe	144
Die Heller'sche Probe auf Blutfarbstoff	144

Die Sedimente.

Seite

Die organisirten Sedimente.

Blut, Eiter, Schleim	145
Epithele	145
Nicht organisirte Sedimente	145

Die Beurteilung der Harnbefunde.

Zucker.

Die Glycosurie	146
Diabetes mellitus	146

Die Diagnose.

Der Befund von Zucker	147
Das Verhalten der Harnflüssigkeit	147
Die Farbe, die Farbstoffe, die Sedimente und das spezifische Gewicht	147
Die sonstigen Erscheinungen	147
Die Beurteilung	147
Die Polyurie und der Diabetes insipidus	148

Eiweiss.

Albuminurie	148
Die Schrumpfnieren	149
Die Diagnose	149
Die cyclische Albuminurie	149
Die Beurteilung	150

Die Farbstoffe.

Die Hämaturie	151
-------------------------	-----

Die organischen Sedimente: Eiter, Schleim.

Der Blasenkatarrh	152
Die Diagnose nach Dittl	152
Die Beurteilung	153
Die Gonorrhoe	153
Die Harnröenstrikturen	154
Der Befund von Epithelen	154
Konkremente	155

Hernien.

Die Diagnose	156
Die Beurteilung der Brüche	157
Die Gefahren der Einklemmung	157
Das Bruchband	158
Erweiterter Leisten- und Schenkelkanal	158
Doppelte, mehrfache und unbewegliche Brüche	159
Nabelhernie	159
Leistenhernie	160
Unterscheidung zwischen einer Hernie, Hydrokele und Varikokele	160
Schenkelhernie	160
Unterscheidung zwischen einer Hernie, einem Varix und Kongesti- onsabszessen	160
Der Prolapsus	161

	Seite
Die Hydrokele und Hämatokele	161
Die Varikokele	162
Die Versicherungsfähigkeit der Frauen.	
Erhöhte Versicherungsgefahr der Frauen	162
Zustände, welche die Versicherung beeinträchtigen	165
Abortus und häufige Geburten	166
Klimax und Hysterie	166
Fibroide und Polypen	167
Chronische Metritis, Fluor Albus	167
Menstruationsabweichungen	168

Die minderwertigen Versicherungsfälle.

Die Einteilung in Gefarenklassen	169
--	-----

Erste Gefarenklasse.

Die Hereditätsgeseze.	
Die Phthise	171
Die Krankheiten des Nervensystemes	174
Die früheren Krankheiten.	
Die Skrofulose, die Rachitis, die Syphilis	176
Der akute Gelenksrheumatismus	177
Die Pleuritis	177
Die äusseren Verhältnisse.	
Die Lebensweise, die Beschäftigung	178
Der Beruf, das Klima	179
Die nervösen Erscheinungen.	
Die Nervosität, die Neurasthenie, die Neuralgien, die Neurosen	179

Die zweite Gefarenklasse.

Die Anämie	180
Die Verkrümmungen der Wirbelsäule	180
Die Hüft- und Kniegelenksverkrümmungen	181
Die chronischen Katarrhe	181
Die Krankheiten der Lunge	181
Die Krankheiten des Zentralnervensystemes	182
Morbus Basedowii	183
Ulcus ventriculi und Duodenalgeschwüre	183

Die dritte Gefarenklasse.

Das Emphysem	184
Die Herzfehler	185
Das Fettherz	186
Die Arteriosklerose	186
Die Schrumpfniere	187
Diabetes mellitus	188
Die Epilepsie	188
Tabes dorsalis	189
Gallen- und Nierensteine	189
Das Gutachten des Hausarztes	189

EINLEITUNG.

Seit der Herausgabe meines letzten Werkes, der „Ärztlichen Versicherungsdiagnostik“ sind zehn Jahre verstrichen; das Buch ist längst vergriffen, auch meine anderen diesbezüglichen Fachwerke sind vom Büchermarkte verschwunden und doch konnte ich mich nicht zu einer zweiten Auflage entschliessen. Ich hatte die Absicht mit diesem Werke meine Tätigkeit auf dem Gebiete der ärztlichen Versicherungskunde zu beenden, um anderen, jüngeren Kräften meinen Platz einzuräumen. Ich gab der Hoffnung Raum, dass es einem Fachmann gelingen werde, das zu vollbringen, was ich anstrebte, nemlich die ärztliche Versicherungsdiagnostik gleich den anderen Hilfswissenschaften der Lebensversicherung als Disziplin zu gestalten. Ich hätte einen solchen Nachfolger ebenso neidlos begrüsst, als ich mit einer gewissen Regung von Neid die anderen Facharbeiten der Lebensversicherung betrachtete, die als wissenschaftliche Zweige in dem akademischen Lehrplane ihren Platz fanden.

Mein Hoffen war vergebens; ein solcher Fachmann stellte sich nicht ein. Von der grossen Zahl hervorragender Versicherungsärzte wollte keiner zu einer so mühevollen wenig dankbaren Arbeit freiwillig sich entschliessen.

Wenn ich jetzt abermals zur Feder greife, so geschieht dies eben nicht ganz freiwillig; ein unerwartetes Ereignis hat mich dazu moralisch verpflichtet. Es hat sich ein Umschwung in den Anschauungen vieler massgebenden Versicherungsanstalten vollzogen, ein Umschwung, der mich zur alten Tätigkeit in veränderter Gestalt, zur alten Arbeit in neuer Auffassung anspornte.

Der „Lebensversicherungs-Teilungsverein“, ein Rückversicherungsverein von zwölf österreichischen und ausländischen Versicherungsanstalten, hatte in einer seiner Generalversammlungen den prinzipiellen Beschluss gefasst, die Versicherung der minderwertigen Leben in den Kreis seiner Wirksamkeit einzubeziehen. Das war ein hochbedeutsamer Entschluss, ebenso gerecht als klug, angemessen dem Fortschritte und angepasst den Bedürfnissen. Dieser Beschluss kam dem Zwange zuvor, und folgte den Anforderungen der Zeit, die bisher keine Würdigung fanden. So feinfühlig die Versicherungsanstalten der öffentlichen Meinung sonst lauschen, scheinen sie die lauten Stimmen zu überhören, die gegen ein System Einsprache erheben, wo nur ein Teil der Bevölkerung und gerade der schaffenskräftigere Teil derselben Berücksichtigung findet, eine nicht unbeträchtliche Mehrheit aber ausgeschlossen bleibt. Der Vorwurf nur für obere Zehntausende der vollkräftigen Personen vorhanden zu sein, ist ein solcher, der die volkswirtschaftliche Bedeutung einer Institution in Frage stellt. Die Versicherung der minderwertigen Leben ist zwar kein in der Versicherungspraxis ganz ungewöhnlicher Vorgang: die mitunter schwankende Diagnose, die unsichere Grenzscheide zwischen den noch guten und zweifelhaften Fällen, der noch immer nicht ganz aufgelassene Standpunkt der „Opportunität“ und sonst noch andere zwingende Verhältnisse bewirken es, dass manche minderwertige Leben noch in den Ramen des Versicherungsstokes eingereiht werden. Aber hier bei diesen Ausnahmefällen gehen bestimmte Normen für die Beurteilung der verschiedenen Abstufungen der Minderwertigkeit ab. Der Leiter und der Chefarzt einer Versicherungsanstalt sind auf ihre jeweiligen Eingebungen angewiesen; ein solches Vorgehen aber schliesst jede Gleichmässigkeit aus und erweckt den Verdacht auf Willkür.

Der Lebensversicherungs-Teilungsverein würdigte alle diese Verhältnisse; er liess sich von der Etik des Wesens der Lebensversicherung leiten und hat dabei die praktischen Ergebnisse erwogen; er hat die volkswirtschaftliche Bedeutung der Lebensversicherung erfasst und gefunden, dass durch die zu eng gezogenen Grenzen, für die versicherungsfähigen Menschen tief eingreifende Störungen im wirtschaftlichen Getriebe sich einfinden und beschloss, die Versicherungsfähigkeit eines

Menschen so weit auszudehnen, als die mathematische Disziplin und die ärztliche Versicherungskunde Bürgschaft für die Sicherheit bieten.

Die mathematische Grundlage war im Vorhinein gegeben in der schon im Jahre 1887 veröffentlichten „Denkschrift zur Lösung des Problems der Versicherung minderwertiger Leben“ von Univ. Doc. Dr. Ernst BLASCHKE. Nun sollte auch eine gleichwertige Grundlage vom ärztlichen Standpunkte geschaffen werden.

Durch das Vertrauen meiner Kollegen wurde mir die ehrenvolle Aufgabe zu Teil, die Grundzüge einer Diagnostik der minderwertigen Versicherungsfälle zu entwerfen, und solche den Chefärzten der betreffenden Versicherungsanstalten zur Beratung und Beschlussfassung zu unterbreiten.

Es war vorausgesetzt, dass solche diagnostische Grundzüge mit den mathematischen Ausführungen in Einklang gebracht werden müssen, da beide als gemeinschaftliche Grundlagen für die Versicherung minderwertiger Leben dienen sollen. Doch zeigte sich eine wesentliche Verschiedenheit zwischen der Auffassung des Mathematikers und des Versicherungsarztes. Der Mathematiker ging von den voraussichtlichen Todesursachen aus, der Arzt jedoch kann nur von dem Befunde sich leiten lassen. Die Prognose auf die wahrscheinlichen Todeskrankheiten ist aber nur in beschränkten Fällen zulässig, etwa bei ausgesprochenen hereditären Verhältnissen oder bei schon vorhandenen schweren pathologischen Prozessen. Die Anlage zu einer bestimmten Krankheit, worauf in der Denkschrift so viel Gewicht gelegt wird, lässt sich aber nur für vereinzelte Fälle verwerten, und kann vom ärztlichen Standpunkte aus kaum ernstlich in Betracht kommen. Ueberhaupt wurden in der Denkschrift nur die Krankheitsfälle in Betracht gezogen, die überaus grosse Anzahl von minderwertigen Leben, die keine ausgesprochenen Krankheitserscheinungen bieten, blieben ganz unberücksichtigt; für diese war kein Raum gegeben, lag keine Berechnung vor.

Mir ward es klar, dass die Mathematik nicht so recht als Ausgangspunkt für die medizinische Disziplin genommen werden kann, dass beide Grundlagen unabhängig von einander ausgearbeitet werden müssen und dass erst dann Beziehungen und Anknüpfungspunkte zwischen beiden herauszufinden wären.

Von solchen Anschauungen ausgehend verliess ich das Gebiet der Mathematik und ging zur selbständigen Arbeit über.

Vom ärztlichen Standpunkt stellte sich die Notwendigkeit heraus, die minderwertigen Versicherungsfälle nebst ihren Merkmalen in abgegrenzten Gruppen zusammenzufassen, da die minderwertigen Versicherungsfälle, die in der Denkschrift angeführt wurden, so verschieden und so mannigfach waren, dass eine eben so vielfältige und verschiedene Beurteilung erforderlich gewesen wäre.

Es wurden drei Gruppen, oder versicherungstechnisch ausgedrückt drei Gefahrenklassen aufgestellt, in dem Sinne, dass alle Versicherungsfälle, die gleiche oder ähnliche Merkmale der zweifelhaften Gesundheit bieten, die das Leben beeinträchtigen, gefährden oder bedrohen zu einer Gefahrenklasse gehören. Bestimmter ausgedrückt, ob blos eine Disposition zu Krankheiten sich geltend macht, ob Zustände und Erscheinungen sich vorfinden, welche zu Krankheiten führen können, oder ob solche Krankheiten tatsächlich schon vorhanden sind. Die weiteren Ausführungen wurden in dem Rahmen eines Entwurfes zusammengefasst, es der Zeit und den Beratungen der Chefärzte überlassend, eine erschöpfende Darstellung zu bieten.

Unerwarteterweise konnten die Gefahrenklassen mit den von dem Mathematiker angestellten Berechnungen in Einklang gebracht werden. Herr Dr. BLASCHKE, der dieser Einteilung seine Zustimmung gab, entwarf aus seinem angesammelten Materiale Sterblichkeitstabellen, die eine Prämienbemessung für dieselben in bestimmter Weise zuliesse. Es fehlte nur noch die Zustimmung der Chefärzte, um ausgerüstet mit zwei Vorlagen die auf zwei verschiedene Disziplinen beruhten, daher mit einem fertigen System an die Leiter dieser Versicherungsanstalten heranzutreten.

Die Konferenzen der Chefärzte zur Prüfung der ärztlichen Vorlage fanden in Wien und die Schlusskonferenzen in Baden bei Wien statt, zu welchen auch die auswärtigen Chefärzte sich einfanden. Nur Professor ZAREVICS aus Krakau nahm auch an den Wiener Konferenzen Teil. Es war das erstemal, dass die Chefärzte von den Direktoren der Versicherungsanstalten zur Lösung von Fachfragen herangezogen wurden. Die Beratungen waren überaus eingehend und umfassend, und erstreckten sich nicht blos auf die Lösung des Problemes der Versicherung

minderwertiger Leben, sondern auch auf die Lösung mancher noch offenen Fragen auf dem Gebiete der ärztlichen Versicherungskunde.

Der Entwurf wurde vervollständigt und richtig gestellt. Es wurde von Seite der Chefärzte Alles aufgeboten, Wissenschaft und Erfahrungen dafür eingesetzt, um den „Entwurf“ zur vollen Reife zu bringen. Derselbe wurde in beiden Konferenzen einstimmig als eine von dem Kollegium der Chefärzte ausgehende Grundlage für die Versicherung minderwertiger Leben anerkannt und der Referent aufgefordert, im Sinne und Geiste der von den vereinigten Chefärzten dargelegten Grundsätze und Anschauungen den Entwurf auszuarbeiten, zu erweitern und zur ärztlichen Versicherungsdiagnostik der vollwertigen und der minderwertigen Leben zu gestalten.

Nun war die Arbeit Pflicht! Ich war mir der schwierigen Aufgabe, die meiner harrte, wol bewusst. Hier galt es ein grosses Gebiet der internen Medizin mit kritischem Blicke zu durchstreifen, und alle die Erfahrungen, welche noch nicht Gemeingut aller Aerzte sind, die man nur in der Versicherungspraxis erlangen kann, für die Beurteilung der einzelnen bedingten Versicherungsfälle zu verwerten, und was nicht gar zu gering in Anschlag zu bringen ist, gegen Ueberlieferungen anzukämpfen, die man als unantastbar zu betrachten gewont ist; allein ich wurde mit dieser Aufgabe betraut, und das Vertrauen der Kollegen zu rechtfertigen, ist Pflicht und Ehrensache. Ueberdies musste es mir zur besonderen Genugtuung gereichen, ein System aufbauen zu helfen und es glaubhaft zu machen, für welches ich in allen meinen Facharbeiten als Versicherungsarzt fast seit dem Beginne meiner Tätigkeit unentwegt eintrat.

Ich war im Laufe dieser Arbeitszeit bestrebt in Fülung mit meinen Kollegen zu bleiben. Die hinausgesandten fünf Prohebogen und die nachträgliche, wesentliche Umgestaltung derselben, bieten Zeugnis dafür, dass diese Fülung von Erfolg war.

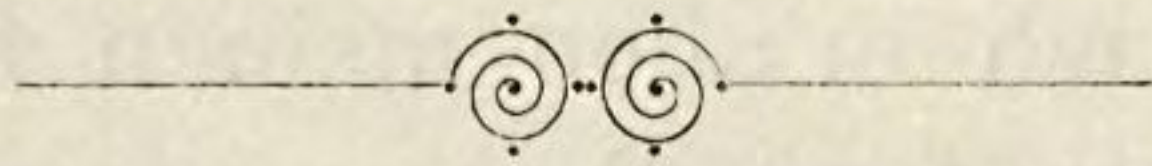
Und so übergebe ich meinen Kollegen, den Chefärzten und den Vertrauensärzten der Versicherungsanstalten, statt einer zweiten Auflage der „Ärztlichen Versicherungsdiagnostik“, wie ich eine solche ursprünglich beabsichtigt

hatte, eine neue, in Form und Inhalt ganz verschiedene Arbeit, eine „Aerztliche Versicherungsdiagnostik der vollwertigen und der minderwertigen Leben.

Ich erfülle am Schlusse die Pflicht eines Autors alle jene wakeren Kollegen zu nennen, die durch Rat und Tat zur Vollendung dieser Arbeit mitgewirkt haben. Meinen Dank den Chefärzten des „Lebensversicherungs-Teilungsverbandes“:

Dr. Bayer, Chefarzt der Concordia in Reichenberg,
 Dr. Dobrski, Chefarzt der Providentia,
 Dr. Josef Kauders, Chefarzt der Allianz,
 Dr. Maximilian Polatschek, Chefarzt des Janus,
 Dr. Ignaz Steinberger, Chefarzt der Austria,
 Dr. Ostrčil, Chefarzt der Slavia,
 Professor Alexander Zarevics, Chefarzt der Krakauer.

Meinen Dank den anderen Kollegen für die Bereitwilligkeit, mit welcher sie die Bearbeitung ihrer Spezialfächer dieser ärztlichen Versicherungsdiagnostik angepasst und die daselbst aufgestellten Prinzipien in vollendeter Fassung zum Ausdrucke gebracht haben. Es sind dies die Herren Dr. A. EITELBERG und Univ.-Docent Dr. Michael GROSSMANN. Herrn Dr. GROSSMANN bin ich überdies für manch' wertvolle kritischen Bemerkungen zu besonderer Anerkennung verpflichtet. Und innigsten Dank dem Freunde Dr. Emil PERNITZA, meinem vieljährigen Stellvertreter, der mir bei der Ausarbeitung dieses Werkes ratend zur Seite stand.



Erster Abschnitt.

Die Anamnese.

Die Erblichkeit und ihre Beurteilung. — Die Lebensweise, die Beschäftigung, der Beruf, das Klima. — Die überstandenen Krankheiten: die Skrofulose, der akute Gelenks-Rheumatismus und deren Beurteilung, der chronische Gelenks-Rheumatismus und Arthritis deformans, die Gicht, der Muskel-Rheumatismus, die Syphilis und ihre Beurteilung.

Mit der Erforschung der Anamnese beginnt die schwierige Aufgabe des Versicherungsarztes und lässt ihn den Unterschied erkennen, der zwischen dem Heilarzte und dem Versicherungsarzte besteht. Gegenüber dem Ersteren wird die Anamnese mit umständlicher Breite auseinandergesetzt, dem Lezteren gegenüber versagt das Gedächtnis. Dort kann nicht genug die Krankheit, hier nicht genug die Gesundheit hervorgehoben werden. Zunächst erinnert man sich nur an die Kinderkrankheiten, nicht aber an die Krankheitszustände, die seither aufgetreten sind, und wenn ja, werden solche als ganz geringfügig dargestellt. Ueber die Todesursache der Eltern und Geschwister pflegen die Versicherungswerber im Unklaren zu sein, oder sie wandeln die chronischen Leiden in akute um. Zur Beschönigung der Tuberkulose dienen die Pneumonien; bei den weiblichen Familiengliedern werden die Entbindungen dafür namhaft gemacht. Nicht selten ist ihnen auch das Alter der Verstorbenen nicht mehr rememberlich. Nicht immer jedoch liegt diesen Angaben eine beabsichtigte Irreführung zu Grunde. Zuweilen hindert die Scham die Bekanntgabe der waren Todesursache, namentlich wo Trunksucht, Selbstmorde oder Irrsinnsfälle in der Familie vorgekommen sind. Ein Familienvater kann es nur schwer über sich bringen, eine vorausgegangene Syphilis einzugestehen.

Hier, bei der Erforschung der Anamnese ist so recht dem Vertrauensarzte Gelegenheit geboten seinen Scharfblick zu bekunden, um durch eine wol nicht verfängliche, doch geschikte und taktvolle Fragestellung Klarheit in die nur halb ange deuteten und verworrenen Angaben zu bringen.

Zur Erforschung der Anamnese gehört auch die Feststellung der Identität, die eine genaue Schilderung der Person und gewisse Kennzeichen derselben erfordert. Diese Vorsicht ist auch dann nicht ausser Acht zu lassen, wenn die Untersuchung in der Wohnung der Partei vorgenommen wird. Der Versicherungsarzt hat die doppelte Verpflichtung: seine Anstalt vor Betrug zu bewahren und nicht minder sich selbst vor dem Verdachte der Unredlichkeit oder Unfähigkeit zu schützen, wenn er im guten Glauben, den Versicherungswerber vor sich zu haben, einen andern, tatsächlich gesunden Menschen einer Untersuchung unterzog und es sich später herausstellt, dass der Versicherte schon zur Zeit seiner Aufnahme ein krankes Leben bot.

Die Erblichkeit.

Bei der Erhebung der Anamnese sind in erster Linie die Familienkrankheiten zu erforschen, solche, die als übertragbar gelten und solche, die das gemeinsam haben, dass sie die Mehrheit der Familienglieder in einer gleichalterigen oder in einer frühzeitigen Lebensperiode befallen und ein baldiges Absterben oder eine dauernde Gesundheitsstörung zur Folge haben.

Zur Beurteilung der Erbkrankheiten dienen die Erblichkeitsgesetze und die in der Versicherungspraxis gewonnenen Erfahrungen.

Die Krankheiten der Eltern verpflanzen sich oft auf die Kinder. Dies kann bei allen Krankheiten aller Organe und Systeme eintreffen, zumeist jedoch bei der Phthise, die als Muster einer Erbkrankheit hier ihre Besprechung finden soll.

Der Vererber überträgt vor Allem jene Krankheiten, die er selbst ererbt hat, in nur seltenen Fällen auch solche, die er selbst erst erworben hat. Der Vererber kann aber auch solche Krankheitszustände fortpflanzen, mit denen er selbst gar nicht behaftet war; mit Syphilis oder Carcinom behaftete Eltern können den Kindern die Phthise, das heisst die Disposition dazu hinterlassen.

Die Krankheit beider Eltern an einem Erbübel sind schwer belastende Zustände für die Nachkommen.

Die Erblichkeit von Seite der Mutter ist belastender als von Seite des Vaters. Dies trifft namentlich häufig bei der Phthise zu. Ebenso wirkt der gute Gesundheitszustand der Mutter oft entlastend ein.

Eine bei den Geschwistern vorherrschende Krankheit oder eine grosse Sterblichkeit jenseits des Kindesalters unter denselben, wenn auch an verschiedenen Krankheiten, ist belastender als die Krankheiten oder das frühzeitige Absterben der Eltern. Auch die auffallende, grosse Sterblichkeit der Geschwister in den Kinderjahren kann den Verdacht auf eine vorherrschende Erbkrankheit lenken. Mitunter auch kann der Verdacht darauf durch die grosse Sterblichkeit oder durch den höchst ungünstigen Gesundheitszustand der Nachkommen der betreffenden Person seine Bestätigung finden. Natürlich wird im letzteren Falle der schlechte Gesundheitszustand des anderen Theiles des Elternpaares mit in Anschlag gebracht werden müssen.

Ein zuverlässiges Bild über die Erblichkeitszustände geben die Gesundheitsverhältnisse der Grosseltern und der Geschwister der Eltern.

Das Geschlecht lässt im Allgemeinen keine bestimmte Deutung zu. Weder die Erblichkeitsgesetze, noch die gewonnenen Erfahrungen sprechen dafür, dass die Krankheiten von Mann zu Mann und von Frau zu Frau sich vererben. Hier sind nur die Beobachtungen massgebend, die je in einer Familie angestellt werden. Nur scheint es, dass ein Carcinom der Mutter häufiger auf die Tochter sich vererbt. Doch muss hervorgehoben werden, dass bisher ein Carcinom nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle als Erbkrankheit nachgewiesen werden konnte.

Wo die Aenlichkeit der Nachkommen mit den Eltern in scharf ausgeprägten Zügen sich darstellt; wo die äussere Erscheinungsweise und gewisse Merkmale theils an die Eltern, theils an die Krankheit erinnern; wo eine Beschäftigung ausgeübt wird, die für bestimmte Krankheiten geradezu züchtend sich erweist, und wo Krankheitszustände vorausgingen, welche als verdächtige Vorläufer der drohenden Erbkrankheit angesehen werden können, dort drückt sich die Geneigtheit zur Uebername eben dieser Erbkrankheit mit unverkennbarer Deutlichkeit aus.

Hat ein Erbe das Alter, in welchem die Eltern oder was noch zutreffender ist, in welchem die Geschwister von der Erbkrankheit ergriffen worden sind, noch nicht erreicht, so ist die Gefahr eine grössere, mit der Ueberschreitung dieses Alters vermindert sie sich und steht mit der Länge dieses Zeitraumes im umgekehrten Verhältnisse. (Das DARWIN'sche Gesetz der „Ver-

erbung im correspondirenden Lebensalter“). Selbstverständlich wird dieses Gesez nicht auf zu enge Grenzen bezogen werden können.

Die Erbkrankheit kann ferner bei den Nachkommen als „gebunden“ erscheinen, in dem Sinne, dass sie von den Eltern etwa bloß die „Fähigkeit“ übernommen haben, die Krankheit weiter fortzupflanzen, nicht aber solche sich selbst anzueignen. Hier, so wie überhaupt unter allen Umständen der Erblichkeitsverhältnisse, sind die Geschwister massgebend. Wenn sie trotz der unverkennbaren Erbkrankheit über die Jahre der gleichalterigen Lebensperiode einer guten Gesundheit sich erfreuen, so kann man annehmen, dass eine „unterbrochene Vererbung“ das Gesez der „Latenz“ sich geltend macht.

Ebenso kann der Fall eintreten, dass die Geschwister, alle oder ein Teil derselben es verstanden haben, der Erbschaft sich zu erwehren und die ererbte ungünstige Beschaffenheit durch die „Anpassung“ an die heilsamen Wirkungen der Aussenwelt aus dem Organismus fortzuschaffen. (HÄKEL).

Diese „Anpassung“ erweist sich für den Organismus so wirksam, dass vorwiegend durch ihren Einfluss das Aussterben ganzer mit Phthise behafteter Familien verhütet wird, so wie auch, dass Einzelne von den Familiengliedern bei günstigen hygienischen Verhältnissen von den andern durch Gesundheit merklich sich abheben.

Die hier angeführten Erblichkeitsgeseze finden wol ihre Anwendung auf alle übertragbaren Krankheiten, zumeist jedoch wie schon oben erwänt wurde, auf die Phthise.

Die übergrosse Sterblichkeit daran, sowol in der Bevölkerung, wo sie trotz aller Hygiene noch in der Zunahme begriffen ist, als auch in den Reihen der Versicherten, wo sie trotz aller Auslese die erwartungsmässige Anzal oft übersteigt, dürfte eine nähere Besprechung derselben vom Standpunkte der „Infektion“ rechtfertigen.

Man ist jezt durch Versuche an Tieren und durch Erfahrungen an Menschen zur Erkenntnis gelangt, dass die Infektion allein, unabhängig von der erblichen Belastung, wirksam sich erweisen kann.

Die Versicherungspraxis kann dafür Belege beibringen. Bei „gegenseitiger Versicherung“ von Mann und Frau, kommt es wol vor, dass ein Teil, nemen wir hier den Mann als Bei-

spiel, wegen Verdacht auf Tuberkulose abgelenkt wird und bloß die Versicherung der gesunden, erblich unbelasteten Frau Berücksichtigung findet. Da trifft es sich nicht selten, und solche Fälle mehren sich, dass nicht der Mann, der mit seinen Bacillen sich abgefunden zu haben scheint, sondern die Frau, nach überraschend kurzer Zeit an Tuberkulose stirbt. Solche Fälle pflegen sich bei einem und demselben Manne zu wiederholen. So mancher fürsorgliche Gatte lässt seine nach einander geheirateten Frauen unentwegt versichern. Es scheint also, dass eine fortgesetzte, unmittelbare und energische Inhalation von bacillenhaltigen Auswurfsteilchen unter Umständen selbst auf einen gesunden Organismus ihre Wirkungen äussern können. Es muss bemerkt werden, dass eine Infektion nicht bloß auf dem Wege der Inhalation, sondern auch auf andere Weise erfolgen kann: so durch die Genitalien. Jani fand im Samen von Phthisikern (die nicht zugleich an Genitaltuberkulose litten) Tuberkelbacillen. Johne fand bei einem neugeborenen, perlsüchtigen Kalbsfötus ebenfalls Tuberkelbacillen und endlich hat Demme bei Rindern von 29, 21, 17 und 12 extrauterinen Lebenstagen ausgebreitete tuberkulöse Zerstörung nebst Bacillen nachgewiesen. Auf diese Weise könnte die Infektion der Frau durch den Mann ebenfalls ihre Erklärung finden. Ferner kann eine Infektion auch mittels des Speisetraktes u. s. w. stattfinden.

Weitere Beispiele geben gewisse Familien ab, welche eine grosse Sterblichkeit der Geschwister aufweisen, bei welchen sonst alle hereditären Verhältnisse abgehen; offenbar findet hier eine Infektion von Person auf Person statt.

Zu den übertragbaren Erbübeln gehören auch die Krankheiten des Nervensystemes. Man hat zu erforschen, ob eine und dieselbe Nervenkrankheit die Mitglieder der Familie ergreift, oder auch ob verschiedene Nervenkrankheiten daselbst vorherrschen. Ob die Familie Sonderlinge in sich schliesst oder solche Personen, die mit den Gesezen oder mit den Sitten der Gesellschaft in auffallendem Widerstreite sich befinden; ob Selbstmordfälle sich ereignet haben; ob sie Schlemmer, Prasser und Säufer sind und ob die Person solche Merkmale bietet, die auf ähnliche Zustände, auf ähnliche Absonderlichkeiten deuten lassen.

Manche Familienkrankheiten lassen sich auf eine gleiche Lebensweise zurückführen, dies gilt für Nervenkrankheiten sowol

als auch für Krankheiten der Leber, des Pfortader- und des Urogenitalsystemes; ganz besonders bei der Fettsucht.

Die Beurteilung der Heredität ist anscheinend mit keinen Schwierigkeiten verbunden. Hat man die Sterblichkeitsverhältnisse der Familie genau erhoben, so kommen die von den naturwissenschaftlichen Forschungen hergeleiteten und von den Erfahrungen in der Versicherungspraxis bestätigten Hereditätsgeseze zur Anwendung. Dies ist bequem in der Theorie, jedoch schwer in der Wirklichkeit. Vorerst ist die Erforschung in der Regel eine mangelhafte. Der Versicherungsarzt hat es hier so eigentlich nicht mit einer Person und mit einer solchen, die seiner Beobachtung zugänglich ist, zu tun, sondern mit einer Mehrheit von Personen und solchen, die seiner Beobachtung sich entziehen: Eltern, Geschwister und sonstige Verwandte; da soll er die Entscheidung treffen, ob wirklich eine Erbkrankheit in der Familie besteht, und welche Verhältnisse hier vorherrschen. Dies Alles soll er von dem Versicherungswerber erkunden, in dessen Interesse es liegt die verdächtigen Momente abzuschwächen oder eine Unkenntnis in Betreff der Todesursachen vorzuschützen. Eben so schwer ist es für den Chefarzt, die einzelnen Geseze zu deuten, die von Fall zu Fall auf die Versicherungsfähigkeit bestimmend einwirken, da nicht selten die günstigen und die ungünstigen Verhältnisse sich das Gleichgewicht halten. Indessen muss man trachten, soweit es angeht, das Gebotene zu verwerten.

Man wird dabei die wichtigsten Momente der Heredität zusammenfassen. Ist eine Erbkrankheit vorhanden? Hat eine Uebertragung auf die Geschwister schon stattgefunden? Herrscht bei den Geschwistern eine Krankheit oder eine grosse Sterblichkeit vor? Sind die für die Uebername der Erbkrankheit geeigneten Bedingnisse zugegen? Eine grosse Aenlichkeit, eine gleiche Beschäftigung und Lebensweise, ähnliche hygienische Uebelstände und vor Allem ist der Ernährungszustand der Person ein solcher, dass derselbe eine Uebertragung der Krankheit wahrscheinlich macht?

Wo ein Erbübel besteht, die Uebertragung desselben noch fraglich ist, da ist es nicht gerechtfertigt, solche Personen einfach abzulenken oder ohneweiters anzunehmen; ein solch' leichtes und bequemes Vorgehen wäre dem Ernste einer Versicherungsinstitution nicht angemessen. Nach sorgfältiger Prüfung des

Falles kann unter günstigeren Verhältnissen eine Versicherung gegen eine nicht zu hohe Prämienbemessung, bei dem hier vertretenen Systeme nach der ersten Gefahrenklasse*), ganz gut abgeschlossen werden.

Wo solche hereditäre Uebel bestimmter auftreten, wo eine Uebertragung der Krankheit in der Familie zweifellos schon stattgefunden hat und wo namentlich die Person selbst die geeigneten Bedingnisse dafür aufweist, da ist jede Versicherung ausgeschlossen. Eine Aufnahme nach einer höheren Gefahrenklasse könnte nur unter Berücksichtigung des „DARWIN'schen Gesezes“ der Vererbung im korrespondirenden Lebensalter notgedrungen noch stattfinden.

Die Unkenntnis der Person über die Sterblichkeitsverhältnisse ihrer Familie, die höchst unwarscheinlich der Wahrheit entspricht, ist als ein stillschweigendes Bekenntnis einer hereditären Krankheit zu betrachten. Wo nur irgend ein Verdachtsmoment in Betreff des Befundes vorliegt, muss ein solcher zu der unrichtigen Angabe hinzugeschlagen und zu Ungunsten des Versicherungswerbers gedeutet werden. Das scheint zwar eine harte Massregel zu sein, aber es ist die Notwehr. Die Versicherungsanstalten, die bei der Auszahlung der Versicherungssumme so coulant sich erweisen, haben ein Recht darauf, bei der Aufnahme sich möglichste Sicherheit zu verschaffen.

Die Lebensweise, die Beschäftigung, der Beruf, das Klima.

Es gehört mit zu den Aufgaben des Versicherungsarztes, dass er beim Zusammenfassen der belastenden oder entlastenden Momente, alle jene Verhältnisse in's Auge fasse, die abseits vom körperlichen Befunde auf die Gesundheit vom Einflusse sind, nemlich: Die Lebensweise, die Beschäftigung, den Beruf und das Klima.

Die Lebensweise. Das ist das Tun und Treiben eines Menschen; das ist die Art und Weise wie er sich pflegt und nährt, und das sind die Verhältnisse, die anregend oder aufregend, erhaltend oder zerstörend auf ihn einwirken.

Nicht das gleichmässige Leben, nicht die ängstliche Sorgfalt des Hypochonders, sondern die der Persönlichkeit angepasste

*) Es soll in der Folge statt „Gefahrenklasse“, die abgekürzte Bezeichnung „G. Kl.“ gebraucht werden.

Lebensweise kann als Muster der Zweckmässigkeit angenommen werden.

Der Versicherungsarzt wird sich wol hüten müssen, hier einen allzustrengen Masstab anzulegen. Wüstlinge, Schlemmer und Säufer, als Musterdarsteller des lasterhaften Lebens, sind selbstverständlich unbedingt schlechte Versicherungsfälle, doch gibt es Uebergänge, gibt es Abstufungen und gibt es auch gewisse Lebensperioden wo eine erhöhte Leistung auf dem Gebiete der leiblichen Genüsse stattfinden kann, ohne dass man berechtigt ist, solche Personen als zweifelhafte Versicherungsfälle zu bezeichnen. Der lebenslustige Mann, der der Liebe huldigt, der Feinschmecker, der die Freuden der Tafel liebt, und der frohgemute Zecher sind noch immer keine Wüstlinge, keine Schlemmer keine Säufer. Doch handelt es sich hier um das Uebermass, um die Spuren der ausschweifenden Lebensweise, die an der Person sich vorfinden.

Die Lebensweise ist so eigentlich die ununterbrochene „Anpassung“, sei es um das Zweckwidrige von dem Organismus abzustossen oder solches sich anzueignen, sei es um die drohenden Erbübel abzudrängen oder solche zu züchten. Sie vermag manche Färlichkeiten der Beschäftigung und des Berufes auszugleichen und den ungünstigen klimatischen Einflüssen entgegenzuwirken.

Die Beschäftigung. Ihre Gefarsmomente ergeben sich aus der Art und Weise ihrer Betätigung und aus den bearbeiteten Stoffen. Die fehlerhafte Bewegung und schlechte Haltung, die manche Verrichtungen mit sich bringen; die Ueberanstrengung des ganzen Körpers oder einzelner Teile, die einen Zug, einen Druk auf die lebenswichtigen Organe ausüben, sind die Schädlichkeiten, die hier in Betracht kommen. Die giftigen Gase, die bei der Bearbeitung der Stoffe sich entwickeln und die Staubmassen von den Stoffen selbst, dringen in das Innere des Körpers ein und gefährden die Organe auf chemische und mechanische Weise. Diese und noch verschiedene angebliche Gefahren waren es, welche die Versicherungsfähigkeit mancher Gewerbsleute beeinträchtigten.

Das stimmte, das galt bis in die jüngste Zeit hinein; die Gegenwart jedoch kann sich solchen Befürchtungen nur in beschränktem Sinne anschliessen. Die Art und Weise der Arbeitsverrichtung ist eine merklich andere geworden und die Hilfs-

mittel dabei, sie wechseln, sie ändern und verbessern sich unablässig. Was gestern war, hat heute keine Geltung mehr. Die schlechte Haltung bei der Arbeit findet nicht in althergebrachter Weise statt, seitdem die Maschine und die Elektrizität einen Teil der Arbeitsleistung übernommen haben. Ebenso werden die Schädlichkeiten der Beschäftigung selbst, die Gase, die sich entwickeln, die Abfälle von den Bestandteilen des Tier- und Pflanzenreiches und die scharfkantigen Staubmassen der unorganischen Stoffe, durch hygienische Massnahmen, wenn nicht gänzlich aufgehoben, so doch bedeutend vermindert und auf ein Geringfügiges herabgesetzt.

Damit jedoch soll nicht gesagt sein, dass nunmehr alle Gefahren der Beschäftigung geschwunden sind, dass etwa die Arbeit in den Bergwerken, welche mitunter als Massengräber sich erweisen, den hygienischen Anforderungen entspricht; dass jeder Handwerker, Schneider, Schuster u. s. w. die anatomisch richtige Haltung bei der Arbeit einnimmt, oder dass jeder kleine Gewerbsmann jetzt seine Maschine und seinen Motor hat. Gewiss nicht! Aber es ist eine unleugbare Tatsache, dass die Gefahren der Beschäftigung in der Gegenwart weitaus minder gefährdend sich erweisen, als in der Vergangenheit.

Der Beruf. Als Gefahren des Berufes bezeichnet man die aufreibende Tätigkeit, die Ueberanstrengung des Gehirnes und das Aufsuchen von schädlichen, krankmachenden Einflüssen.

Viele dieser Gefahren jedoch entberren der Begründung. So wird den Gelerten, Forschern und Künstlern ihre Gehirntätigkeit und ihre Fantasie sehr zur Last gelegt und ihnen Geisteskrankheiten zugeschrieben. Eine geistige Tätigkeit kann mit der Erkrankung der Gehirnssubstanz nur in seltenen Fällen in Zusammenhang gebracht werden; eine rege Fantasie nicht zur progressiven Paralyse führen. Es ist bezeichnend, dass man Gelerte zu Apoplexie geneigt sein lässt und führt als Beispiel einige hervorragende Denker an: Copernikus, Malpighi, Linné, Spalanzani u. m. A., die in Folge von Apoplexie gestorben sind. Auch Blasenleiden sollen den Gelerten zukommen! Das sind willkürliche Annahmen, die von der Erfahrung nicht bestätigt werden.

Desto zutreffender sind die Angaben in Betreff der Aerzte, denen eine kürzere Lebensdauer zugesprochen wird. Es ist die Nähe der Gefahr, das Aufsuchen von schädlichen, krankmachen-

den Einflüssen, welche auf den Arzt einwirken. Besonders gefährdend für den Arzt sind die Epidemien, nicht minder auch die Kriege, die eine grössere Sterblichkeit bei den Militärärzten als bei den Offizieren herbeiführen.

Redner, Sänger, Professoren und Alle, die von ihrer Stimme übermässigen Gebrauch machen, sollen zu Lungenemphysem geneigt sein. Eine ganz irrige Anschauung. (vide Emphysem). Sieht man von den geringfügigen Leiden bei denselben, nemlich von zeitweiligen Rachen- und Kehlkopfkatarrhen ab, so müssen gerade diese Personen, zu den guten Versicherungsfällen gerechnet werden. Minder günstig jedoch sind nach den Erfahrungen der Versicherungsanstalten die Lehrer zu beurteilen, namentlich solche die von Haus aus schwächlich sind und etwa zu Lungenkatarrhen neigen. Ihre Lehrtätigkeit ist eher geeignet die Phthise rascher zum Ausbruche gelangen zu lassen, als solche hintanzuhalten.

Als mildernd bei den etwaigen Gefahren des Berufes müssen wir die Angewöhnung, die Anpassung ansehen und die Intelligenz dieser Berufsmänner, die den Schädlichkeiten erfolgreichen Widerstand leisten.

Das Klima. Das ist die Gesamtheit aller durch die Luft, den Boden und das Wasser gegebenen Einflüsse einer Gegend auf den menschlichen Organismus.

Wo die Luft von fremden Beimengungen vielfach durchsetzt ist und die in ihr entstehenden Störungen keine genügende Ausgleichung durch die chemisch-phisikalischen Vorgänge finden; bei schlechter Bodenbeschaffenheit; bei seichtem Grundwasser; bei ausgedienten Sümpfen, — dort sind Endemien, Malaria, Kropf, Gicht, Skrofulose, Phthise und andere Krankheiten heimisch, oder sie werden durch das ungesunde Klima begünstigt.

In unseren Gegenden, namentlich dort, wo die Versicherungsanstalten ihre Geschäftstätigkeit entfalten, finden sich in der Regel solche ausgesprochene Misverhältnisse nicht vor. Es kann sich nur um einzelne Orte handeln, aber gerade die Bekanntgabe solcher Teilstrecken ist für die Versicherungsanstalten von Bedeutung, da sie sonst darüber ganz im Unklaren wären.

Die überstandenen Krankheiten.

Zur Beurteilung der Lebensanwartschaft eines Menschen an die Zukunft muss man auf die Vergangenheit zurückgreifen

und die vorausgegangenen Krankheitszustände erforschen. Hieher gehören die schweren Krankheiten in den Kinderjahren, die wol weniger aus den anamnestischen Angaben, als aus den bleibenden Misstaltungen des Körpers sich erschliessen lassen; so: die rachitischen Erkrankungen der Knochen und die tuberkulösen Prozesse der Wirbeln, welche Verbildungen und Verkrümmungen des Knochengerüsts herbeifürten; dann die Krankheiten des Zentralnervensystemes, welche Atrophie und Lähmungen der Muskeln zurücklassen; ferner die früheren Krankheiten, die eine Nachwirkung auszuüben vermögen, die zu Rezidiven sich neigen, und die eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Organismus bekunden, und endlich die noch aufrecht bestehenden chronischen Krankheitsformen.

In den folgenden Abschnitten dieses Buches sollen bei der Schilderung der betreffenden Körperbestandteile und Organe diese Krankheitszustände näher besprochen und vom Versicherungsstandpunkte beleuchtet werden. Nur die Skrofulose, der Rheumatismus und die Syphilis, deren Anreihung technische Schwierigkeiten entgegen stehen, sollen schon hier in übersichtlicher Weise angeführt werden.

Die Skrofulose. Nicht immer findet die Skrofulose in den ersten Jugendjahren ihren Abschluss; sie kann in abgeschwächter Form bis über die reiferen Jahre hinüberreichen, so dass man von einer „Latenz“ dieses tuberkulösen Prozesses sprechen kann.

Nebst den charakteristischen skrofulösen Narben, an den Drüsen und an den Knochen, bieten solche Personen zumeist das Bild einer „erethischen Erscheinungsweise“; eine zarte dünne Haut mit durchschimmernden Venen, eine umschriebene oft wechselnde sanfte Röte der Wangen, nicht selten Schwellung der Augenlider und eine entzündete Bindehaut. Die Lymphdrüsen weisen oft wenn auch nicht eine ausgesprochene Schwellung, so doch eine gewisse Resistenz auf, die dem zuführenden Finger einen merklichen Widerstand entgegensezt. Die Anamnese ergibt häufige Entzündung der Conjunctiva, der Schleimhäute der Nase, des Rachens u. s. w., sowie häufige An- und Abschwellungen der Drüsen.

Solche Personen, die bei einer sonst guten Ernährung und Körperentwicklung noch immer gewisse Erscheinungen der Skrofulose bieten und die schon in den reiferen Jugendjahren, über das dreissigste Lebensjahr sich befinden, lassen eine be-

dingte Versicherung u. zw. nach der I. G. Kl. zu. Bei ungünstiger Ernährung, bei ausgesprochener Anämie, bei starker Schwellung der Lymphdrüsen, bei chronischer Conjunctivitis und etwa Mittelohrkatarrhen, bei eitrigen Katarrhen der Nasenschleimhaut: bei Ozäna, überhaupt überall dort, wo die Erscheinungen auf einen noch aufrecht bestehenden skrofulösen Prozess hinweisen, da ist jede Versicherung ausgeschlossen.

Der akute Gelenksrheumatismus. Der Gelenksrheumatismus bietet Gefarsmomente durch die Krankheit selbst; durch das Uebergreifen auf die Organe, in erster Linie auf das Herz, und durch die ausgesprochene Neigung zu Rezidiven.

Wol handelt es sich um einen schon überstandenen Rheumatismus; allein hier stehen noch Rezidiven in Aussicht. Wenn bei vielen Infektionskrankheiten die erneuten Anfälle in abgeschwächter Weise aufzutreten pflegen, so scheint dies beim Rheumatismus weniger der Fall zu sein und wenn ja, so wird dadurch das Uebergreifen auf das Herz nicht verhütet.

Die Versicherungsanstalten tragen diesen Gefahren insoweit Rechnung, als sie beim überstandenen Rheumatismus, erst nach Verlauf von einigen Jahren auf eine Versicherung eingehen. Mit Recht in Betreff der Vorsicht, mit Unrecht in Betreff der Zeit. Wenn beispielsweise bei Lues oder bei Pleuritis eine kurz angemessene Zeit der Beobachtung dafür angesetzt wird, so entspricht dies teilweise den wirklichen Vorkommnissen, da bei beiden bald nach der ersten Infektion Rezidiven sich einstellen, oder bei der Pleuritis tuberkulöse Erscheinungen zu Tage treten können; beim Rheumatismus jedoch ist es nicht bekannt, dass Rezidiven rasch nach der ersten Infektion folgen. Die Erfahrungen der Lebensversicherungen weisen oft auf viele Jahre hin, nach welchen erst die Rezidiven erfolgten. Doch wäre es gegen den Geist der Lebensversicherung gehandelt, eine Versicherung auf viele Jahre hinauszuschieben. Im Durchschnitte kann die Zeit des Zuwartens auf drei Jahre sich ausdehnen.

Bei der Beurteilung des überstandenen Gelenksrheumatismus kommen in Betracht: die Schwere der Krankheit und die lange Andauer derselben, die Miterkrankung des Herzens, das Vorhandensein solcher Schädlichkeiten, die der Erfahrung gemäss die rheumatischen Infektionen begünstigen, ein unwirtliches Klima, feuchte Wohnung, eine ungünstige Beschäftigung und was als besonders belastend betrachtet werden muss, die einge-

tretenen Rezidiven und diese selbst dann, wenn sie in abgeschwächter Weise sich darstellten. Hier erfordert der Versicherungsstandpunkt eine längere Beobachtungsfrist etwa in der Dauer von fünf Jahren, oder was eben auch dem Versicherungsstandpunkte entspricht, eine Prämienerrhöhung, die nach der I. oder II. G. Kl. bemessen werden kann.

Gelenksrheumatismen, die mit Endocarditis, Pericarditis einhergingen, werden selbstverständlich eine besondere Sorgfalt der Auskultation des Herzens erfordern. Dumpfe Herztöne, Neurosen des Herzens, eine erhebliche Tachycardie gewinnen hier an Bedeutung.

Die hie und da eintretenden Folgezustände des Gelenksrheumatismus: Lähmungen und Atrophien des Deltoideus oder der anderen Oberarmmuskeln, sind als solche wol nicht gefährdend und können höchstens als Bewegungsstörungen sich erweisen, immerhin aber gestatten sie einen Rückschluss auf die Schwere der vorausgegangenen Krankheit und erfordern als Lähmungen an und für sich eine gewisse Beachtung (vide Nervensystem). Auch hier ist eine Prämienerrhöhung nach der I. G. Kl. angezeigt.

Einzelne Knochenaufreibungen oder Kontrakturen, wenn solche nicht auf Arthritis deformans bezogen werden können, beeinträchtigen kaum die Versicherungsfähigkeit. Sie können auch nicht immer auf die Schwere der Krankheit bezogen werden, sondern sind nicht selten bloß auf Rechnung eines unzuwekmässigen Verhaltens während der Krankheit zu stellen. Vorausgesetzt jedoch, dass solche Erscheinungen nicht als Folgen von wiederholten rheumatischen Erkrankungen sich einstellen.

Der chronische Gelenksrheumatismus und Arthritis deformans. Beide bieten so eigentlich nur Unterschiede in dem Grade der Entzündungen und der Anschwellungen der Gelenke, so dass bisher die Ansicht vorherrschte, dass die eine Form allmählig in die andere übergehen könne. Bei dem chronischen Gelenksrheumatismus sind die Gelenke verdickt und ihre Bewegungen erschwert; bei der Arthritis deformans sind die Gelenke stark geschwellt, es treten Verbildungen der Gelenkenden und Atrophien ihrer Muskeln ein.

Dementsprechend kann der einfache chronische Gelenksrheumatismus nach der II., die Arthritis deformans nach der III. G. Kl. bemessen werden.

Die Gicht. Die harnsauere Diathese, die man vielfach in Zusammenhang mit Arthritis deformans bringt, hat mit dieser nur das gemein, dass sie ebenfalls ein lang andauerndes chronisches Leiden ist. Wenn sonst noch keine Erscheinungen einer Nierenerkrankung — Schrumpfniere — vorhanden sind so ist eine Bemessung nach der III. G. Kl. noch zulässig.

Der Muskelrheumatismus. Muskelrheumatismus beeinträchtigt die Versicherungsfähigkeit in weit geringerem Grade als alle die oben angeführten Formen. Es gibt Menschen, die sich ganz fälschlich als rheumatisch angelegte Naturen bezeichnen; sie beinzichtigen jeden frischen Luftzug als „schädlichen Zug“, der bei ihnen gewisse rheumatische Zustände hervorruft, wobei vielleicht das Gefühl der Angst die Empfindung des Schmerzes auslöst. Der Muskelrheumatismus kann gleich der Neuralgie betrachtet werden und nach dieser seine Beurteilung finden.

Die Syphilis. Die Syphilis findet bei der Beurteilung der Versicherungsfälle nicht immer die ihr zukommende Beachtung. Es hat den Anschein, als ob ihr häufiges Vorkommen die Besorgnisse abschwäche. Die Wichtigkeit derselben und der Umstand, dass viele Versicherungswerber die vorausgegangene Infektion selbst dann in Abrede stellen, wenn seither nur kurze Zeit verstrichen ist, in der Meinung, dass mit dem Verschwinden des Exanthemes auch alle Spuren verwischt sind, muss den Versicherungsarzt dazu bestimmen sein Augenmerk auf die Spuren und Ueberreste zu lenken, welche die Syphilis für kurze Zeit oder für ständig zurückzulassen pflegt, u. zw. an der Haut, an den Lymphdrüsen, an den Knochen und an den Augen.

An der Haut. Die maculösen und die papulösen Efflorescenzen verschwinden zwar nach erfolgter Heilung, ohne Narben zu hinterlassen, zuweilen jedoch verbleiben noch viele Monate hindurch linsen- bis kreuzergrosse pigmentlose Fleke, die von einem Pigmentsaume umgeben sind und sich von den Aknenarben dadurch unterscheiden, dass sie nicht den Glanz einer Narbe haben.

Die ulcerösen Prozesse lassen ständige Ueberreste zurück; so verbleibt nach der Sklerose eine derbe Narbe. Die Derbheit verschwindet nach einigen Monaten, die feine weisse Narbe jedoch verbleibt. Diese Narbe ist nicht so sehr an und für sich, als durch den Ort verdächtig, wo sie sich befindet: Präputium oder Sulcus coronarius.

Narben nach pustulösen Syphiliden fallen durch ihre Allgemeinheit auf.

Hautgummen bringen strikwerkähnliche Narben zum Vorschein. Zwischen dunkelpigmentirten Bälkchen normaler Haut finden sich pigmentlose dünne Narben eingelagert.

Tiefergreifende Gummen lassen dünne pigmentarme, aber von einem Pigmentsaume umgebene, flache Narben zurück, die in der Mitte etwas gewulstet und von erweiterten Gefässchen durchzogen sind.

Ein weiteres Merkmal an der Haut ist in der Kahlköpfigkeit, in Folge des Ausfallens der Haare (Alopecie) gegeben. Bei dieser in der Regel auf den Vorderkopf beschränkten Kahlköpfigkeit behält die Haut ihr gewöhnliches Aussehen und zeigt nicht die Atrophie und den Glanz der gewöhnlichen Glaze.

An den Schleimhäuten. An der Schleimhaut des Mundes, der Wangen und des Rachens finden sich mitunter ganz deutlich ausgesprochene Merkzeichen früherer Geschwürbildungen, die man bei gegebenen Verdachtsmomenten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Syphilis deuten kann. So die Perforation des harten und weichen Gaumens, die Narbengebilde und die Epithelialverdickungen.

Die Narben nach zerfallenden Papeln sind wol an und für sich nicht sehr charakteristisch, aber bei dem Umstande, dass die Syphilis die häufigste Ursache für geschwürige und mit Narbenbildung ausheilende Prozesse im Munde abgibt, ist jede Narbe hier als syphilis-verdächtig anzusehen.

Die Leukopathie der Wangen ist insoferne von Bedeutung für Erkennung älterer Luesformen, als eine solche der Heilung nur schwer zugänglich ist und demnach eine längere Zeit hindurch sich noch vorfindet. Von den Mundwinkeln angefangen erscheint die Wangenschleimhaut, entlang der Schlusslinie der Zähne bis zum letzten Mahlzahne geschwellt, das Epithel milchweiss getrübt und verdickt. Eine Verwechslung mit der Psoriasis der Raucher ist hier wol möglich, für die Diagnose auf Lues werden jedoch noch andere Merkzeichen oder wolbegründete Verdachtsmomente mit in Beurteilung kommen müssen. Eine besondere Beachtung erheischt die Leukopathie der Zunge, mit den rissigen und gefurchten Rändern.

An den Lymphdrüsen. Die charakteristische, rundliche, succulente Schwellung der Lymphdrüsen in der Leisten-, Ell-

bogen- und Cervicalgegend verschwindet wol bald nach der Heilung der Lues wieder, die Drüsen bleiben aber durch längere Zeit noch derb und vergrößert. Eine Drüsenanschwellung kann zwar leicht auch durch minder bedenkliche Zustände herbeigeführt werden, allein beim Abgehen aller anderen Ursachen, werden diese Drüsenanschwellungen eine gewisse Beachtung finden müssen.

An den Knochen. Hier sind es die umschriebenen Auftreibungen am Perioste der Knochen, die Tophie, welche den Verdacht auf einen vorausgegangenen gummösen Prozess lenken. Der Versicherungsarzt wird es hier nicht verabsäumen, eindringlichst auf Schmerzen, die Nachts auftreten, anamnestisch zu forschen.

An den Augen. Es können alle Bestandteile des Sehapparatesluetisch erkranken; am häufigsten trifft dies bei der Iris zu. Die Iritis ist selbstverständlich nicht immer, jedoch sehr oftluetischen Ursprunges. Selbst bei Ausheilung derselben können zurückbleibende Synechien als warnende Merkzeichen gelten.

Ebensolche wichtige diagnostische Anhaltspunkte bieten die Lähmungen der Augenmuskeln. Die Lues ist überhaupt eine sehr häufige Ursache der Lähmungen; bei den Augenmuskeln trifft dies in erhöhtem Masse zu.

Was die Beurteilung der Syphilis anbelangt, so muss festgehalten werden, dass es kein Kriterium der vollständigen Heilung gibt. Aus der Geringfügigkeit der primären Affektion lässt sich ebensowenig eine günstigere Prognose stellen als aus der Seltenheit der Rezidiven. Gummöse Prozesse können immerhin nach einer Reihe von Jahren sich einstellen. Nach vielfachen von bewährten Forschern angestellten Beobachtungen kann sogar die Tabes eine Folge von primären syphilitischen Affektionen sein.

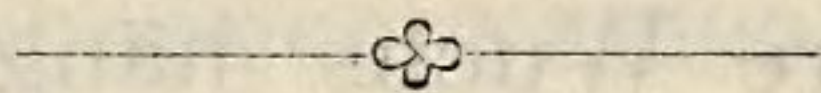
Eine vorausgegangene Lues ist und bleibt, wenn auch nicht immer ein versicherungsfeindlicher, so doch die Versicherung beeinträchtigender Zustand. Aber gerade die Häufigkeit derselben lässt es nicht zu, solche Versicherungsfälle ganz abzustossen.

Eine durch Jahre sich hinziehende Lues, mit ihren mehr oder minder deutlich auftretenden Merkmalen, ist als versicherungsfeindlich zu beurteilen. Dies gilt in erhöhtem Grade bei Lues in vorgeschrittenem Alter. Es scheint, dass die Syphilis in reiferer Jugend, allerdings nicht in zu frühen Altersjahren,

minder gefährdend ist als in vorgerückterem Alter. Das ist der Vorzug des in der Entwicklung begriffenen Organismus, dass derselbe oft die Fähigkeit besitzt, Gifte auszuschcheiden, oder solche durch Anpassungen, durch günstige Wachstumsbedingungen unschädlich zu machen*).

Vor zwei, drei Jahren nach der ersten Infektion oder nach der letzten Rezidive ist eine Versicherung unstatthaft. Eine frühere Aufnahme könnte nur gegen eine Prämienerrhöhung u. z. nach der I. G. Kl. zulässig sein, aber nur dann, wenn keine anhaftenden, verdächtigen Ueberreste zugegen sind.

Wo in Folge der tertiären Formen Zerstörungen der Gewebe und der Knochen vorhanden sind, kann bei sonst beruhigenden Verhältnissen, auf eine Versicherung nur nach der II. oder III. G. Kl. eingegangen werden.



*) Der Sprachgebrauch: „Herauswachsen“ dürfte dafür eine richtige Bezeichnung sein.

Zweiter Abschnitt.

Die Gestalt (Statur).

Der Wuchs. — Die Messung: diagnostischer Wert derselben, die Messtechnik. — Die Form: schlank, hager, untersezt. — Die Haltung. — Die Bewegung: der ataktische Gang, der Gang nach der vorausgegangenen Lähmung, bei der Parese der Beine, der spastische Gang, der wiegende Gang.

Der Wuchs.

Die überwiegend grössere Hälfte der Menschen entfernt sich nicht aus dem Bereiche des Mittelmasses von ungefähr 165—175 ctm. Die kleinere Hälfte reiht sich ihrer Grösse nach um dieses Mittelmass in auf- und absteigender Linie an, doch nur so, dass für den Hochwuchs die kleinste Perzentziffer entfällt. Die äusserste Grenze — Zwerg und Riese — erstreckt sich bis unter ein Meter und bis auf 2·5 Meter.*)

Der Oberkörper ist bei den meisten Menschen mittelgross. Der grössere oder kleinere Wuchs hängt vorwiegend von den unteren Gliedmassen ab. Grosse Menschen sind langschenkelig, kleinere kurzbeinig. Diese Verhältnisse haben vom Versicherungsstandpunkte aus keine Bedeutung, eine solche erlangen sie erst durch ihre Abweichungen so, wenn der Kleinwuchs nicht durch die Kürze der Beine allein, sondern auch durch die Kürze des Oberkörpers, der unter das Mittelmass sinkt, bedingt ist. Das sind in der Regel schwächliche, dürftig genährte Personen. Ebenso wenn der Hochwuchs seine Entstehung den überlangen Gliedmassen verdankt, während der Oberkörper das Mittelmass kaum erreicht, oder darunter sinkt. Das sind zumeist langgestreckte hagere Personen, die ein schlechtes Massverhältnis in Betreff ihres Brustkorbes und gewöhnlich eine ebenso ungünstige Gesamt-ernährung aufweisen.

Als sichtliche Darstellung des Wuchses und sonst noch als augenfälliges, diagnostisches Hilfsmittel wird die Messung des Körpers vorgenommen.

Die Messung erstreckt sich auf die Länge des Körpers und auf den Umfang des Brustkorbes.

*) C. Langer, Wiener med. Wochenschrift 1886 Nr. 50 und 1881 Nr. 24 und 25. Ferner Anatomie der äusseren Form des menschlichen Körpers, Wien 1884.

Die Körperlänge wird auf die Weise bestimmt, dass der Versicherungsarzt das Messband von der Sole bis zum Scheitel anlegt, oder den Mesständer anwendet.

Die Messung, eine unserer Zeit angehörige Untersuchungsmethode, hat eine solche Wichtigkeit erlangt und wirkt auf die Beurteilung der Versicherungsfähigkeit derart mitbestimmend ein, dass es geboten erscheint, ihren Wert und ihre praktischen Ergebnisse einer vorurteilslosen Prüfung zu unterziehen.

Die Versicherungsärzte haben die Messmethode von den Militärärzten übernommen, und pflegen diese mit einem solchen Eifer, dass sie die Lehrmeister weit hinter sich zurücklassen. Die Militärärzte handeln nur im Sinne ihrer Dienstesobliegenheit, wenn sie die Personen unter den Mesständer stellen, und die Kleingewachsenen zurückweisen. Liegt das auch in der Obliegenheit des Versicherungsarztes? Gewiss nicht, da grosse und kleine Personen eine gleiche Lebensanwartschaft haben und erst auffällige Abweichungen, die Gestalt ungünstig erscheinen lassen; aber gerade diese Abweichungen werden durch die Messung nicht zur Anschauung gebracht. Man müsste denn Rumpf und untere Gliedmassen, jede für sich allein einer Messung unterziehen, was tatsächlich nie geschieht, und was überdies zu umständlich und zu unsicher wäre. Eine Schilderung solcher Misverhältnisse des Wuchses wäre hier zutreffender.

Wol wird die Messung der Körperlänge weniger als Selbstzweck, als vielmehr als Ergänzung der Massverhältnisse des Brustkorbes vorgenommen; ob nemlich dessen Umfang die halbe Körperlänge übersteige oder darunter sinke; doch auch dieser Zweck wird in manchen, und gerade in strittigen Fällen nicht vollständig erreicht. Bei einem gleich entwickelten Brustkorbe eines grossen und kleinen Menschen, wird die Messung bei dem kleinen Menschen seiner kurzen Beine wegen scheinbar günstigere Ergebnisse bieten, als bei dem mit langen Untergliedmassen versehenen grossen Menschen, trotzdem, dass der allein massgebende Teil: „der Brustkorb“ bei Beiden einen gleichen Umfang hat. Die Anschauung, dass zu langen Beinen auch ein grösserer Brustkorb gehöre, findet in den Ernährungsvorgängen kaum ihre Begründung.

Der Brustkorb ist das eigentliche Gebiet für die Vorname der Messtechnik. Als vornehmster Abschnitt des Körpers ist der

Brustkorb zugleich der gestaltbildende Teil desselben, von welchem die Form des Halses, die Haltung des Gerüsts und die Stellung der oberen Gliedmassen abhängen. Sein symmetrischer Bau, sowie seine Abweichungen, drücken dem Körper ihr Gepräge auf und bedingen das Ebenmass, oder die Misgestalt desselben. Seine räumliche Entfaltung und sein Ernährungszustand bestimmen die Gesamtentwicklung des menschlichen Leibes.

Die Messung soll nicht blos alle diese Verhältnisse zum Augenschein bringen, sondern soll auch durch einige wenige Handgriffe über Zustände beleren, die sonst erst nach Anwendung der physikalischen Untersuchungsmethoden festgestellt werden könnten. Aus dem Umfange des Brustkorbes soll man ein getreues Bild von seinen räumlich voll oder gering ausgebildeten Organen erlangen und aus seiner Auslaufsweite, dem „Brustspielraum“, die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge bei tiefer Einatmung, und ihre Elastizität bei ihrer Zusammenziehung in tiefer Ausatmung erschliessen können. All' dies ist mit der unwiderleglichen Beweiskraft der Zalen scharf vorgezeichnet und von dem Messbände herabzulesen.

Es würde uns demnach in dem Messbände ein Mittel zu Gebote stehen, welches den physikalischen Untersuchungsmethoden gleichwertig, diese zu kontroliren im Stande wäre.

So bequem in der Handhabung, so fasslich in der Theorie, so wenig zutreffend jedoch in der Wirklichkeit! Die Belerung über die wahren Verhältnisse des Brustkorbes fällt aus. Seine Formen, seine Flachheit oder seine Wölbung, seine Hervorragungen und Vertiefungen, ganz besonders sein Ernährungszustand werden durch die Messung kaum angedeutet erscheinen. Doch auch der diagnostische Wert der Messung ist sehr zweifelhafter Art. Die Ansicht, dass man von dem Brustkorbe auf seine Organe, wie von der Schale auf ihren Kern schliessen kann, wird so vielfach bestritten, ganz besonders in Betreff der Funktionsfähigkeit derselben, dass der Versicherungsarzt sich hüten muss, darauf hin eine Aburteilung über die Lebens- und Versicherungsfähigkeit eines Menschen eintreten zu lassen. Ein sehr gut ausgebildeter und ein phthisischer Brustkorb bedarf der Messung nicht. — Letzterer kommt bei der Versicherung nicht in Betracht. — Es handelt sich hier um die Mittelwerte. Die Normen dafür sind: Der Umfang des Brustkorbes soll die Hälfte der Körperlänge um mehrere ctm. übersteigen. 7—12 ctm. werden

dafür als vollkommen ausreichend angesehen. Diese Normen sind aber nicht aus dem Versicherungsmateriale entnommen, sondern abermals von den verschiedenen Militärärzten entlent worden. Diese Anforderungen jedoch finden selbst beim Militär keine Berücksichtigung *), wo ein Brustkorb, der nahezu die Hälfte der Körperlänge erreicht als ein „Brustreifer“ bezeichnet wird. Und doch handelt es sich dort um Personen, bei welchen höhere Anforderungen an die Funktionstüchtigkeit der Lungen gestellt werden müssen, als bei dem Menschen-Materiale der Lebensversicherungsanstalten. Nichts spricht dafür, und Nichts ist in der Versicherungspraxis darüber bekannt, dass Personen mit geringerer Brustweite, wenn anders diese nicht die phthisische Form und Enge aufweisen, eine grössere Sterblichkeit zeigen, als Personen mit weiterem Brustumfange, oder dass sie die Mehrheit von den an Tuberkulose Verstorbenen bilden.

Doch selbst der Hauptzwek der Messung: die Bestimmung des „Brustspielraumes“ kann auf eine besondere Würdigung keinen Anspruch machen, schon darum nicht, weil dieses diagnostische Merkmal keine allzugrosse Bedeutung hat, und nicht selten die klare Beurteilung des Falles trübt.

Der Luftgehalt der Lunge, die Elastizität ihrer Gewebe, und ihre unbehinderte Bewegungstätigkeit werden dadurch nicht mit voller Sicherheit zur Anschauung gebracht. Spitzeninfiltrationen und einzelne pleuritische Anheftungen werden bei der Messung in der Mitte des Brustkorbes keineswegs sich derart geltend machen können, dass dadurch der Gesamtbrustspielraum eine wesentliche Veränderung erleiden muss. Phthisiker weisen oft einen beträchtlichen Brustspielraum auf. Dazu mögen die dünnen Wandungen und namentlich das Bestreben solcher Personen, durch eine angestrengte Atmungstätigkeit die unverwüstliche Kraft ihrer Lunge zu bekunden, beitragen. Bei starren Brustwandungen, beim vorgeschrittenen Emphysem, würde der eingeengte Brustspielraum wol seine Verwertung finden können, demgemäss würde der diagnostische Wert desselben mehr in seiner Unzulänglichkeit als in seiner Ausgibigkeit bestehen; indessen ist zu bemerken, dass einerseits solche Zustände ohne jedwede Messung dem Beobachter sich

*) In der deutschen Heeresordnung heisst es: Der Brustumfang allein darf niemals die entscheidende Grundlage für die Beurteilung der Tauglichkeit zum Militärdienste bilden.

aufdrängen, und für Emphysem geben die Perkussion und Auskultation der Lunge und die Verdrängung der Nachbarorgane einen vollwertigen Aufschluss, anderseits, dass nicht selten die geringe Atmungsweite eine Folge der Befangenheit der Person beim anbefohlenen Atmen ist. Ueberhaupt ist die Anforderung einer tiefsten Ein- und Ausatmung für die Diagnostik der Funktionstüchtigkeit der Lunge ganz wertlos. Eine gewöhnliche, etwas tiefere Atmung ist dafür weit mehr entsprechend. Drei bis vier ctm. Brustlaufsweite, sind in den meisten Fällen für die normale Lunge ganz ausreichende Befunde.

Die mechanische Tätigkeit des Messens zieht förmlich die Schablone gross und lässt häufig die verständnisvolle Betastungs- und die Besichtigungsdiagnose in den Hintergrund treten, indem manche Aerzte mit der so umständlichen Abmessung des Körpers Alles getan zu haben glauben.

Zur **Messtechnik** ist zu bemerken, dass die Messung am Umfange des Brustkorbes vorgenommen wird um dessen Weite und dessen Spielraum zu bestimmen. Im ersteren Falle vollzieht sich die Messung während der Atemruhe, im zweiten Falle bei sehr tiefer Einatmung, wobei der Brustkorb in Tiefen-, Quer- und Längendurchmesser sich ausdehnt, und bei sehr starker Ausatmung, wobei derselbe sich verschmälert und verkürzt. Die in Centimetern ausgedrückte Messverschiedenheit zwischen diesen beiden Atmungsphasen ergibt den „Brustspielraum“.

Die geeignetste Stelle für die Messung ist die Mitte des Brustkorbes, an der untern Umrandung der Brustwarzen. Minder empfehlenswert ist das obere Ende, weil hier der Umfang desselben trotz stärkerer Entwicklung der Weichteile ein geringerer ist. Die Messung am unteren Ende des Brustkorbes wird durch die Bewegungen der Baueingeweide beeinflusst. Diese Stelle empfiehlt sich jedoch zur Messung der wolbeleibten Frauen.

Bei der Messung soll die Haltung des Körpers eine gerade, aufrechte sein. Die Arme sollen schlaff herabhängen.

Dass Messband soll mässig angespannt sein und die etwa vorhandenen Furchen einfach überbrücken.

Die Form.

Dafür dienen die Ausdrücke: schlank, hager, untersezt. Die Zwischengrade, die so eigentlich bei der Mehrheit der Menschen vorkommen, werden mit „Durchschnittsformen“ bezeichnet.

Für die Diagnostik hat die Form nur eine geringe Bedeutung, dafür kann nur die hochgradige Hagerkeit verwertet werden, wenn man nicht etwa die untersezte Form, nach Muster der alten Schule, an dem Ausbau des „apoplektischen Habitus“ teilnehmen lassen will. Die Form dient jedoch zur Vervollständigung der Schilderung des Menschen und etwa auch zur Sicherstellung der Persönlichkeit (Identität).

Schlank kennzeichnet sich durch den Hochwuchs aller Teile, namentlich des Oberkörpers; durch das Ueberwiegen der Längsrichtung über das Breitenmass in einem ausgesprochenen Grade als dies sonst bei dem Durchschnittswuchse die Regel ist, und durch das scharf ausgeprägte Abheben der einzelnen Körperabschnitte von einander.

Zum schlanken Wuchse gehören auch gut entwickelte Weichteile, ohne jedoch dass diese zu massig, die Muskelbäuche zu dicht und aufdringlich zu Tage treten, und ohne dass das Fett die Uebergangsstellen von den Bauchweichen bis zum Brustkorbe, von diesem bis zum Halse und vom Halse bis zum Kopfe verwischen. In dem Ausdrücke „schlank“ ist zugleich die Harmonie und die Ebenmässigkeit der Gestalt mitinbegriffen.

Hager ist eine Form, die sich der schlanken anreihet. Auch hier ist die Längenentfaltung aller Körperteile vorherrschend; nur ist das deutliche Abheben der einzelnen Körperabschnitte von einander nicht so scharf ausgeprägt, und sind die Weichteile, wenn auch sonst noch von guter Beschaffenheit, geringer entwickelt. Es geht die Ebenmässigkeit ab, es fehlt die wolgeformte Rundung.

Bei der hochgradigen Hagerkeit ist nebst den untern Gliedmassen der Brustkorb auffallend lang und schmal; die Seitenwände sind verflacht und steil anstrebend; die Schultern sind tief herabgesenkt und als Folge deren erscheint der Hals verlängert: Derselbe ist dünn, seine Ernährung sowie überhaupt die Gesamtternährung, eine dürftige. Wir haben hier ein Musterbild eines abgezerten Körpers, den sogenannten „phthisischen Habitus“.

Untersezte. Diese Form bildet den geraden Gegensatz zu dem schlanken Baue. Es ist die Ausweitung des Körpers, die stärkere Entfaltung in der Breitenrichtung. Alle Teile des Gerüstes erscheinen nicht blos umfangreicher, sondern auch mehr in der Querrichtung ausgebildet.

Bei einem solchen gewöhnlich mächtigen Brustkorb stehen die Schultern hoch, der Hals ist dadurch verkürzt, und in Fällen scheint derselbe vom Brustkorbe wie im rechten Winkel sich abzuheben. Da ein solcher Bau gewöhnlich mit guter oder übermässiger Ernährung gepaart ist, wird der Hals auch umfangreich, verdickt erscheinen. Der Abstand zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamme verkürzt sich, so dass bei höherem Grade die Weichen ganz verschwinden und Brustkorb und Bauch wie in einander geschoben erscheinen. Das Fettpolster ist mehr oder minder stark, jedoch noch prall anzufüllen, und die Muskelbäuche drängen sich stärker hervor. Ein Prachtmuster des Untersezten bildet der Vierschrötige (*Homo quadratus*).

Die Haltung.

Eine gerade, aufrechte, stramme Haltung bringt die natürlichen Körperformen, das Zurüktreten der Weichen, die Ausladung der Hüften, die Wölbung der Brust, die Rückstauung der Schultern zur vollen Geltung. Manche unvorteilhafte Formen können durch eine solche Haltung sogar ihre scheinbare Ausgleichung finden. Die ungerade — schlaaffe, gebückte, schiefe — Haltung äussert sich in Knikung, Verdrehung und einseitigen Bewegungen der Gelenke. Eine solche unnatürliche Haltung verdüstert nicht blos das Bild der Gestalt, sondern beeinträchtigt unter Umständen auch die Funktionen der Organe. Das kundige Auge des Versicherungsarztes wird allerdings von der Unschönheit der Haltung allein sich nicht beirren lassen und auch dem Umstande Rechnung tragen, dass vielfach eine allmälige Anpassung der Organe an ihre Aussenwandungen stattfindet. Die ungerade Haltung, die ihre Entstehung äusseren Ursachen, wie Angewönung, Beschäftigung u. s. w. verdankt, ist von jener zu trennen, die als Folge der Verbildung der Wirbelsäule zum Vorschein kommt.

Die Bewegung.

Die Bewegungen der einzelnen Körperteile sind gehemmt bei Lähmungen der Muskeln, bei Kontrakturen der Gelenke, und bei anatomischen Abweichungen; sie sind gesteigert bei Krämpfen, Zukungen und Konvulsionen. Hier sollen nur die Bewegungsstörungen der Extremitäten, und zwar solche hervorgehoben werden, die auf Erkrankungen des Nervensystemes beruhen. (Vide Nervensystem).

Vor Allem sind jene **ataktischen** Bewegungen zu beachten, die auf eine Störung in der „Coordination“ hinweisen, wie sie namentlich bei dem Tabetiker sich vorfinden, und zuerst an den unteren Extremitäten und später auch an den oberen bemerkt werden. Alle Verrichtungen der Beine können eine Veränderung erleiden. Der Fuss kann keinen Kreis umschreiben, ohne dabei auszufaren; die Ferse des einen Fusses kann nicht rasch und sicher das Knie der anderen Extremität berühren; das Uebereinanderlegen der Füße geschieht mit einem ganz zwecklosem Bogen; das Stehen auf einem Fusse fällt schwer. Ist der Gang noch sicher, so tritt doch Schwanken bei raschem Halt- oder Kertmachen ein. Zuweilen ist der Gang nach vorwärts noch unbehindert, aber unsicher und unbeholfen nach rückwärts. In vorgerückten Stadien wird der Gang stampfend, schleudernd. Die ataktischen Störungen an den Händen, die gewöhnlich erst in späteren Stadien eintreten, machen sich beim Ergreifen der Gegenstände bemerkbar. Diese werden nicht rasch und sicher erfasst, und die Hand fährt oft dabei vorüber. Als ein ganz charakteristisches Merkmal kann es dienen, dass die Personen alle die anbefohlenen Verrichtungen, mit den Augen sorgsam überwachen. Bei geschlossenen Augen werden alle Bewegungen noch unsicherer ausfallen.

Andere Gangstörungen werden auf Lähmungen hinweisen. Bewegt das eine Bein sich normal, während das andere mit einer Kreisbogenschwenkung im Hüftgelenke aufgesetzt wird, so kündigt sich damit eine vorausgegangene Hemiplegie an. Sind die Bewegungen beider Beine unsicher, die Schritte klein, Beugung und Streckung unvollständig, so ist eine Parese der Beine vorhanden.

Der **spastische Gang** zeichnet sich dadurch aus, dass bei kleinen Schritten die Solen am Boden schleifen und die Bewegung im Knie ausfällt. Bei angeborenem spastischen Gange hat der Fuss Hakenstellung und schleift auf den Zehenballen.

Ein eigentümlich wiegender oder watschelnder Gang (Schwäche der Bekenmuskeln) kommt bei Muskelatrophie vor.

Vermeidet der Untersuchte mit dem einen Beine den Boden zu berühren, hält er dieses Bein steif, so sind in der Regel Schmerzen zu vermuten (Ischias, Gelenksaffektionen).



Dritter Abschnitt.

Der Ernährungszustand.

Die Haut. — Die Verfärbung. Die Arämie. — Die Blau- und die Gelbfärbung. — Die Merkmale an der Haut, Hautkrankheiten in Verbindung mit anderen Krankheiten. — Die Schleimhäute. — Die Muskeln. — Das Fett. — Das Knochengerüste. — Die Anlage des Körpers: Habitus und Konstitution. — Die Beurteilung des Ernährungszustandes. — Die Abstufungen des Ernährungszustandes: gute, schlechte, mittlere Ernährung, dik, wolbeleibt, mager, zart.

Bei der Schilderung des allgemeinen Ernährungszustandes hat der Versicherungsarzt ins Auge zu fassen die Beschaffenheit, die Farbe, die Farbenveränderung und die Merkmale an der allgemeinen Deke: der Haut und Schleimhäute; die Beschaffenheit der Muskeln und des Fettes; den Zustand des Knochengerüsts und seine Abweichungen; die Anlage des Körpers: Habitus und Konstitution und die richtige Bezeichnung für die verschiedenen Grade des Ernährungszustandes.

Die allgemeine Deke.

Die Beschaffenheit der Haut ist gegeben durch die Gewebsfeuchtigkeit, welche den „Turgor“ bedingt und durch das Fett des Unterhautzellgewebes, das auf ihre Spannung, auf ihre Völle und Rundung Einfluss nimmt. Eine übermässige Anhäufung desselben macht die Haut stark fettig und entwickelt sich am Unterleibe zum Hängebauche aus; bei mangelhafter Entwicklung desselben wird die Haut dünn, schlaff und runzelig; durch das Schwinden des Fettes bei eingetretener Abmagerung wird die Haut loker.

Die Farbe der Haut. Die Normalfarbe der Haut, soweit man bei den verschiedenen Farbenschattirungen und bei den mannigfachen eigenartigen Pigmentirungen von einer Norm sprechen kann, ist bei den Menschen unserer d. h. der kaukasischen Race, eine gleichmässig blasse Chamoisfarbe, die nur an einzelnen Stellen, wie an den Brustwarzen, an den weiblichen Labien und an dem Scrotum ein dunkleres Kolorit nachweisen lässt. Das Blutrot muss überall und gleichmässig durchschimmern; am lebhaftesten an jenen Stellen, die immer unbedeckt erscheinen, wie am Gesichte u. s. w.

Die Farbenveränderungen beziehen sich auf Verfärbungen und Farbenverschiedenheiten d.h. auf Beimengung von anderen Farbtönen, namentlich von blau und gelb.

Die Verfärbung: die Anämie. Die Ursachen der Anämie sind gegeben in mangelhafter Zufuhr des Blutes in die feinsten Hautgefässe, wobei dieselbe nur auf einzelne Teile oder auf die ganze Haut verbreitet sein kann; in der allgemeinen Armut des Blutes an roten Blutkörperchen oder an Hämoglobin, und in mangelhafter Blutbildung, wobei die Anämie eine allgemeine ist. Aus der Anämie schliessen wir auf Störungen in den Ernährungsvorgängen, und auf Störungen im Organismus in Folge von Erkrankungen lebenswichtiger Organe.

Welche von diesen Störungen die eigentlichen Ursachen der Anämie abgeben, darüber werden die begleitenden Erscheinungen — und hier häufiger als sonst — auch der Eindruck, den die Person auf den Beobachter macht, dem Versicherungsarzte gewisse Anhaltspunkte geben können. Wir haben hier nur den ersteren Fall in Betracht zu ziehen; die Anämie aber, die etwa verborgene Leiden vermuten lässt, ist eine verdächtige zur Zeit unkontrollirbare Erscheinung, die ein Zuwarten mit der Versicherung erheischt.

Je nach dem Grade der Anämie, oder jenachdem eine Leukämie zugegen ist, erscheint die Haut sehr blass, alabasterweiss, wachsfarben, fahl, schmutzigweiss u. s. w.

Nur muss zugestanden werden, dass aus diesen verschiedenen Abstufungen der Farblosigkeit allein eine sichere Diagnose ob man es mit einem einfachen oder höheren Grad der Anämie, mit einer Leukämie, oder gar perniciöser Anämie zu tun hat, nicht gestellt werden kann. Eine Untersuchung des Blutes, die in der Regel mit keinen grossen Schwierigkeiten verbunden ist, geht für den Versicherungsarzt nicht recht an. Immerhin wird der kundige Beobachter eine gewisse Unterscheidung treffen können und die zu ausgesprochenen Farbenabweichungen strenger beurteilen.

Dabei wird er auch die anderen diagnostischen Merkmale zu Hilfe nehmen: das Nonnengeräusch, die systolischen Blasegeräusche an der Herzspitze, oder in der Gegend der Pulmonalklappen bei höherem Grade der Anämie; die Anschwellung der Lymphdrüsen, den Milztumor bei Leukämie und die auffällige Hinfälligkeit bei perniciöser Anämie.

Die Chlorose wird zwar als ein höherer Grad der Anämie angesehen und zumeist bei dieser Form sind Nonnen- und Herzgeräusche hörbar; unterscheidet sich jedoch verteilhaft von der einfachen Anämie durch ihre rasche Heilbarkeit, während sonst die anämischen Zustände Jahre hindurch, oft durch das ganze Leben anhalten können.

Eine bemerkenswerte Abweichung zeigt die Anämie bei brünetten Personen, bei welchen ihres braunen Pigmentes wegen statt einer blassen, eine dunkle Hautfärbung zugegen ist.

Die Blau- und die Gelbfärbung treten in verschiedenen Abstufungen auf: vom leichten Anfluge an zarten, gefässreichen Hautstellen bis zu den gesättigten cyanotischen und ikterischen Farben, die an verschiedenen Hautstellen sich ausbreiten. Die Blaufärbung weist auf Zirkulationstörungen, die Gelbfärbung auf behinderten Gallenabfluss hin.*)

Bei allen diesen Farbenabweichungen wird der Versicherungsarzt auch den Verhältnissen Rechnung tragen müssen, die darauf Einfluss nehmen konnten. Die blasse Farbe allein gestattet keinen sicheren Schluss auf Anämie, besonders dann nicht, wenn die Gesamternährung dagegen spricht. Dieselbe kann eine Folge von mannigfachen nicht bedrohlichen Verhältnissen der Person sein. Ebenso bei den anderen Verfärbungen. Klima, Nationalität und Beschäftigung können gewisse Farbenabweichungen herbeiführen, die zwar nicht schön, aber auch nicht pathologisch sind. Eine gelbliche Hautfärbung kann auch als eine zeitweilige Erscheinung durch längeren Aufenthalt in ungünstigen Räumen, durch angestrengte geistige Tätigkeit, durch belanglose Störungen im Darmtrakte u. s. w. zeitweilig sich vorfinden, oder durch den Einfluss des Sonnenlichtes entstehen. Der Versicherungsarzt wird stets, namentlich bei solchen Verhältnissen, nicht blos die unbedeckte, sondern die ganze Haut einer Besichtigung unterziehen.

Die Merkmale an der Haut. Da die luetischen Merkmale schon im ersten Abschnitte angeführt wurden,

*) Die dunkeln, aschgrauen und gelbbraunen Tinten; die Bronze- und die Silberfärbungen, die von fremden Beimengungen in dem Blutstrom oder in dem Gewebe herrühren: die Melanämie, der Morbus Addisonii u. s. w. bedürfen als sehr seltene Erscheinungen, die ohnehin jede Versicherung ausschliessen keiner weiteren Besprechung.

sollen hier nur die Narben, welche auf frühere Knochen- und Drüsenkrankheiten, sowie auf operative Eingriffe hinweisen, und jene Hautkrankheiten, welche sich oft zu manchen Erkrankungen der Organe hinzugesellen in flüchtigen Zügen erwähnt werden.

Narben, die trichterförmig eingezogen sind und den Knochen fest anhaften, rühren von Caries und Necrose her. Breite, wulstige, unregelmässig umrandete, lividrote Narben am Halse sind als Merkzeichen von stattgefundenem Durchbruche vereiterter Lymphdrüsen, also: von vorausgegangener, oder bei noch vorhandener Schwellung der Drüsen, von noch nicht ganz abgeschlossener Skrofulose.

Besonders wichtige Merkmale bieten die kunstgerechten und wolgezeichneten Narbenformen, die von stattgefundenen Operationen herrühren.

Der Versicherungsarzt darf aber nicht alle am Halse oder an anderen Stellen vorkommenden Narben als verdächtig ansehen, und muss die durch zufällige Verletzungen gesetzten Narben — wenn anders man nicht auf einen Selbstmordversuch zu denken Veranlassung hat — so wie solche, die durch gewisse metastatische Prozesse, nach schweren, fieberhaften Krankheiten entstanden sind, von jenen zu unterscheiden wissen, die den Knochenerkrankungen und den skrofulösen Prozessen ihre Entstehung verdanken.

Die Spuren von Blutegelstichen und Schröpfköpfen haben für die Gegenwart nur eine geringe Bedeutung. Desto bezeichnender sind die zahlreichen an verschiedenen Hautstellen verbreiteten Stiche, die von subcutanen Injektionen herrühren. Mit einer gewissen Beruhigung wird man das Vorhandensein von Impf- und Blatternarben verzeichnen.

Hautkrankheiten, welche sich mit Krankheiten anderer Organe nicht selten vergesellschaften, sind: Acne rosacea, Hautjuken, Urticaria beim chronischen Magen- und Darmkatarrh, bei Leber- und Milzschwellung und beim Morbus Addisonii. Herpes Zoster stellt sich zuweilen bei periferen Nervenlähmungen oder bei Rückenmarksleiden ein, bei letzteren kann auch Pityriasis rubra sich einfinden. Bei Verdachtsmomenten können diese Hautaffektionen als Symptome mit verwertet werden.

Die Schleimhäute folgen den Vorgängen der allgemeinen Deke. Die schön geröteten Lippen, das gleichmässige, feste und

gesund gefärbte Zahnfleisch, die sanfte Röte der Zunge und der Wangenschleimhaut, das reine Auge, kommen wol nur bei gesunder, lebensfrischer Haut vor. Mit der Erblassung der Haut entfärbt sich auch die Schleimhaut. Die Anämie, so wie die Blau- und die Gelbfärbung können an den Schleimhäuten um so eher zum Ausdruke kommen, als hier kein Pigment, oder eine verdickte Epidermis dieselbe verwischen kann. Dies trifft besonders bei der Syphilis zu; an der Schleimhaut der Mundhöhle nemlich pflegen die Zeichen früherer Syphilis: weisliche Flächen, Fleke, Wucherungen und Narbengebilde noch vorhanden zu sein, während ihre Spuren von der Haut schon verwischt sind.

Die Muskeln.

Das eigentliche Material zur Beurteilung des Ernährungszustandes ist in den Muskeln gegeben. Sprachgebräuchlich drückt man auch die gute Ernährung mit „muskulös“ aus. Die gute Beschaffenheit der Muskeln besteht in ihrer Entwicklung, dass sie voll und dicht sind; in ihrer Zähigkeit, dass sie straff und gespannt anliegen, und dem äusseren Druke einen merklichen Widerstand leisten, und in ihrer Elastizität, dass sie nach stattgehabtem Druke rasch in ihre frühere Gleichgewichtslage sich zurückschwingen. Mit der Verminderung dieser Eigenschaften wird auch die Ernährung eine geringe oder schlechte, mit dem Schwinden dieser Eigenschaften, bei Atrophien oder Lähmungen, sind Zustände gegeben, die auf Erkrankungen des Nervensystemes beruhen.

Das Fett.

Das Fett trägt durch seine grössere oder geringere Ablagerung, durch die Fülle und Rundung, die es dem Körper verleiht, und durch seine feste und pralle Beschaffenheit wesentlich zur Gesamternährung bei.

Im jugendlichen Alter, wo der physiologische Ernährungsvorgang mehr in der Bildung der Muskeln als des Fettes sich äussert, wird eine zu reichliche Fettablagerung auffällig erscheinen. In den Jahren der Reife entspricht wol eine stärkere Fettbildung den physiologischen Ernährungsvorgängen, doch handelt es sich hier um das Uebermass, um das Ueberwuchern desselben, namentlich dort wo die Muskeln nicht blos im Verhältnis zur übergrossen Fettanhäufung, sondern auch an und für sich von sehr

geringem Umfange sind. Hier kann es geschehen, dass die Muskeln vom Fette erdrückt werden, oder sogar selbst einen Verfettungsprozess eingehen. Nicht minder müssen die dabei entstehenden Störungen in Betracht gezogen werden: das behinderte Atmen, die Druckerscheinungen und die Gefahren der Verfettung der Organe, die teils durch die abnormen Ernährungsvorgänge, teils durch das reichliche Fett, welches die Organe durchsetzt, hervorgebracht werden kann.

Der Versicherungsarzt wird zwar die fetten Personen nicht ohneweiters als minderwertige Versicherungsfälle bezeichnen, da diese nach dem Geseze der „Anpassung“ ihrem Zustande mitunter bis in das Greisenalter sich anbequemen, er wird jedoch die schon bestehenden, oder drohenden Störungen mit in das Bereich seiner Beurteilung ziehen müssen.

Das Knochengerüste.

Das Knochengerüste stimmt in seiner Entwicklung mit den Weichteilen überein: es ist fest und umfangreich, oder schwach und dünn, wie diese selbst. Nur in vereinzelt Fällen kommt ein noch starkes Knochengerüste bei dürftigen Weichteilen zum Vorscheine. Das trifft bei rascher Abmagerung zu. Die zähkere Knochenmasse nimmt nemlich an dem Rückgang der Ernährung nur allmählig teil. Damit kennzeichnet sich nicht selten, der von oberflächlichen Beobachtern gebrauchte Ausdruck: „knochig“, der in der Regel als Entschuldigung für die Mangelhaftigkeit der Weichteile zu gelten hat.

Die Knochen werden geprüft auf ihre Beschaffenheit, ob sie durch die gut entwickelten Weichteile hervor, fest und umfangreich sich anfülen; auf ihre Gleichmässigkeit, ob Auftreibungen oder Einsenkungen vorhanden sind; auf Abgänge an den einzelnen Körperabschnitten; auf das Zurückbleiben einzelner Teile in der Ernährung, und zumeist auf ihre Misbildungen und Verkrümmungen. Neubildungen, Skrofulose, Syphilis und Rheumatismus lassen an den Knochen oft ihre Spuren zurück.

Die Anlage des Körpers.

Wir verstehen darunter den „Habitus“ und die „Konstitution“. Beide Begriffe deken sich zum Teile, beide beziehen sich sowol auf den Bau als auf den Ernährungszustand des

Körpers, und beide lassen Deutungen zu, die nicht immer anatomisch-physikalisch gerechtfertigt erscheinen.

Der Habitus. Wir verstehen unter „Habitus“ das Gesamtbild eines Menschen, an welchem die inneren Vorgänge durch die äussere Erscheinungsweise sich kenntlich machen.

Es wirken also die inneren Zustände bestimmend und bildend auf die äussere Form ein. So spricht man von „emphysematösem Habitus“ und nimmt als Merkmal desselben das Vorhandensein eines pathologisch breiten, zum Unterschiede vom physiologisch breiten Thorax an. Der Brustkorb ist immer breit, immer erweitert, immer im Ausdehnungszustande, selbst in jener Atembewegung — bei der Ausatmung — wo er sich zusammenziehen soll. Dass er es nicht vermag sich gehörig zusammenzuziehen liegt nicht an ihm, sondern an der Lunge, die eine Einbusse an ihrer Elastizität erlitten hat. Hier wirken also die inneren Zustände auf die äussere Form ein.

Diese Deutung ist aber nicht für alle Habitusarten zutreffend, namentlich nicht bei dem als Muster anerkannten und oft angeführten „phthisischen Habitus“. Der Brustkorb, der in seinem Baue rachitische Wachstumsverhältnisse aufweist, kann zur Zeit eine noch ganz gesunde Lunge in sich bergen; erst durch den fortgesetzten Druck und Einengung welche dadurch die Lungenspitzen erfahren, kann allmählig die Phthise herbeigeführt werden. Hier wirkt also umgekehrt, die äussere Form auf die inneren Organe bestimmend, verschlechternd ein.

Wenn wir weiter den „skoliotischen Habitus“ ins Auge fassen, so finden wir, dass derselbe eben so gut in Folge eines vorausgegangenen pathologischen Prozesses der Lunge entstehen, als er einen solchen auch herbeiführen kann.

Ähnliche und noch mannigfache Verschiedenheiten zeigen auch die anderen Habitusarten. Wir finden im Habitus bald den Abdruck früherer Vorgänge, bald den Ausdruck gegenwärtiger Zustände und bald das Vorbild künftiger Prozesse.

Ganz unwissenschaftlich und unrichtig ist die Bezeichnung eines „emphysematösen“ Habitus für jeden besonders breiten und besonders gewölbten Brustkorb. Ebenso der von manchen Aerzten ganz ernsthaft gebrauchte Ausdruck „Habitus apoplecticus“. Es werden hier verschiedenartige Zustände und Erscheinungen zu-

sammengefasst, die mit den apoplectischen Vorgängen in keinem Zusammenhange stehen.

Die Konstitution. Wir verstehen unter Konstitution im engeren Sinne: Die aus den Ernährungsvorgängen sich herausbildende Gestaltung des Leibes, was also mit dem Habitus übereinstimmt; im weiteren Sinne: Die Geneigtheit des Organismus zu einer bestimmten Krankheit, oder zu Krankheiten überhaupt.

Daraus ergibt sich der Begriff einer schwachen, oder was gleichbedeutend ist, einer schlaffen Konstitution. Wir verstehen darunter einerseits die schwache Entwicklung des Körpers in Folge mangelhafter Ernährung: die objektive Schwäche, andererseits die geringe Energie der Funktionen der Organe in Folge mangelhafter Erregung: das Schwächegefühl, die subjektive Schwäche.

Es ist selbstverständlich, dass dort, wo die Funktionen der Organe herabgesetzt sind und eine gewisse Trägheit der Lebensvorgänge vorherrscht, eine geringere Widerstandsfähigkeit vorhanden ist. Solche Personen sind leichter den Erkrankungen ausgesetzt, unterliegen denselben leichter und erholen sich nur schwer nach überstandenen Krankheiten, weil der Ersatz der verloren gegangenen Stoffe nur langsam eintritt. Die Ansicht, dass schwächliche Personen oft widerstandsfähiger sind, als die kräftigen, ist eine ganz unbegründete und laienhafte.

Die subjektive Schwäche ist zwar sinnlich nicht wahrnehmbar, allein hier werden die Anamnese, die eben angeführten überstandenen Krankheitsverhältnisse, dann die Angaben des Hausarztes und zumeist die Beobachtungsgabe des Versicherungsarztes Aufschluss geben.

Die Beurteilung des Ernährungszustandes.

Aus der Konstitution ergibt sich auch teilweise die Beurteilung des Versicherungsfalles. Eine schwache Konstitution: die objektive und die subjektive Schwäche, lassen nur dann eine Versicherung u. zw. eine bedingte, nach der I. G. Kl. zu, wenn diese als eine habituelle und nicht etwa als eine erst später eingetretene sich darstellt.

Von ähnlichen Gesichtspunkten wird auch die einfache Anämie, d. h. eine solche, die auf Störungen in den Ernährungsvorgängen beruht, beurteilt werden. Nur die habituelle, nicht

aber die später entstandene Blutleere kann eine bedingte Versicherung nach der I. G. Kl. zulassen. Wo sichere Anzeichen des veränderten Blutgehaltes vorhanden sind, die Anämie also einen chronischen Krankheitszustand darstellt, kann die Versicherung nur nach der II. G. Kl. stattfinden. Ein Zuwarten mit der Versicherung ist hier nicht am Plaze, weil sich dies auf viele, gar nicht bestimmbare Jahre erstrecken würde. Nur bei der Chlorose hätte das Aufschieben der Versicherung eine Berechtigung.

Die Merkmale der Anämie, die am Herzen sich vorfinden, erfordern stets eine besonders vorsichtige Beurteilung, da die Blasegeräusche auch auf ein beginnendes Herzleiden bezogen werden könnten. Das Abgehen der gewöhnlichen Begleiterscheinungen der Herzfehler: der Hypertrophie der Ventrikel u. s. w. ist nicht beweiskräftig genug um darauf hin mit Sicherheit einen Herzfehler auszuschliessen; die fehlende Hypertrophie der Ventrikel kann eben so gut darauf hinweisen, dass sich noch keine „Compensation“ der Herzfehler herausgebildet hat. (Vide: Das Herz.)

Diese Andeutungen zur Beurteilung des Ernährungszustandes machen allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit; aber es ist nicht leicht durchführbar die verschiedenen Grade der Ernährung und ihre Beurteilung einzeln auseinander zu setzen. Da gibt es keine Regel, keine scharf sich abgrenzende Abstufungen und keine Einheit, nach welchen man die Abweichungen bemessen oder richtiger abschätzen könnte.

Es soll hier versucht werden, die verschiedenen Abstufungen der Ernährung übersichtlich darzustellen und zugleich die sprachgebräuchlichen Ausdrücke, die mit einer Bezeichnung, eine Summe von Erscheinungen des Ernährungszustandes in sich fassen, näher zu beleuchten, um eine möglichst einheitliche Deutung derselben von Seiten der Versicherungsärzte zu erzielen.

Gute Ernährung. Das ist das Positive! Das ganze Skelet und seine Auskleidung ist wol ausgebildet, in seinem Aussehen, in seiner Beschaffenheit und in seinem Umfange. Sie legt Zeugnis dafür ab, dass die Ernährungsvorgänge, welche auf die Erhaltung des Organismus, auf die Ausbildung der Körperbestandteile Einfluss nemen, rein physiologischer Art sind.

Diese gute Ernährung hat eine ganz ausserordentliche Bedeutung für die Beurteilung der Versicherungsfälle, zumal für

solche, bei welchen die Normalität der inneren Organe nicht ganz festgestellt werden kann, oder die geradezu Abweichungen von der Norm aufweisen. Manche zweifelhafte Zustände, manche chronische Krankheiten können eine mildere Auffassung, eine noch bedingte Versicherung zulassen, wenn diese abnormen Verhältnisse durch die lange Zeit ihres Bestehens noch keine Störungen in den Ernährungszuständen herbeigeführt haben.

Das Gegenteil bietet die schlechte Ernährung. Sie wirkt auf die Versicherung an und für sich verschlechternd ein und erweist sich geradezu als versicherungsfeindlich, wenn sie als Ausdruck der abnormen Zustände der inneren Organe sich einstellt.

Mittlere Ernährung. Das ist jene Entwicklung des Körpers, die nichts auffälliges bietet, weder durch Fülle noch durch Mangelhaftigkeit. Eine Entwicklung, welche die natürlichen Formen des Körpers unverändert erscheinen lässt. Man kann diese als die Einheit zur Beurteilung der höheren oder der geringeren Grade der Entwicklung, der guten oder der schlechten Ernährung, betrachten.

Dik. Damit bezeichnet man jene Körperbeschaffenheit, wo Weichteile und Knochen einen solchen Umfang haben, dass sie auffällig, dem Auge aufdringlich erscheinen und zugleich abändernd auf die Formen des Körpers einwirken. Das deutliche Abheben der Gelenke von einander ist durch die zu stark entwickelten Muskeln und Fettschichten verwischt, und die Gestalt sieht sich kürzer an, als sie in der Wirklichkeit ist.

Wolbeleibt ist der Körper, wenn die gut entwickelten Weichteile nicht zu massig und die Konturen nicht verwischt sind, und wo die Muskulatur vorherrscht.

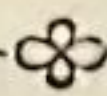
Fettig ist der Körper, wo auf Kosten der Muskeln das Fett überwiegt. Ist das reichlich vorhandene Fett weich und teigig und die Muskulatur schlaff, dann ist der Körper schwammig. Die Haut fühlt sich dabei feucht und schmierig an.

Mager nennen wir den Körper, wenn die Weichteile und etwa auch das Knochengerüste von so geringem Umfange sind, dass sie dadurch auffällig und auf die Form des Körpers verändernd einwirken, die sich verlängerter und ausgedenter ansieht als sie der Wirklichkeit entspricht. Zumeist trägt das Fett durch seine spärliche Entwicklung zur Magerkeit bei. Sind die Muskeln dabei von guter Beschaffenheit, sind sie wenn auch nicht um-

fangreich doch fest und zäh, so kann die Magerkeit noch immer im Einklange mit einer guten Ernährung stehen.

Bei dürftigen und schlaffen Weichteilen und dünnen Knochen erscheint der Körper abgemagert, abgezert.

Zart, schwächlich, grazil. Das sind so eigentlich mehr schönrednerische, mit Vorliebe bei der Schilderung der Frauen gebrauchte Ausdrücke. In der Regel meint man damit solche Personen, die mit dünner, sogenannter durchsichtiger Hautdeke, mit wenig Fettunterlage und mit geringerer, noch zäher Muskulatur versehen sind. Besonders ist es der geringe Umfang der Knochen, der zu diesen Ausdrücken verleitet. Es empfiehlt sich, diese nicht scharf genug bezeichnenden Ausdrücke zu vermeiden.



Vierter Abschnitt.

Der Kopf und seine Organe.

Der Kopf und seine Bestandteile.

Der Schädel, das Haar, das Gesicht, der Gesichtsausdruck. — Die Lähmungen der Gesichtsmuskeln. — Die Mundhöhle, das Gebiss, die Schleimhäute, die Zunge. — Die Merkmale an der Zunge. — Die Lähmungen der Zunge und des weichen Gaumens. — Die Nasenhöhle, der chronische Nasenkatarrh, Ozäna, Polypen. — Die Beurteilung.

Die Form des Schädels. Ungewöhnliche Grösse und Kleinheit des Schädels, die spize zukeuhutartige Form desselben, hochgradige asymmetrische Stellung der Tubera parietalia, sollen nach hergebrachter Anschauung den Verdacht auf Epilepsie oder auf Geisteskrankheiten lenken, doch ist dies nur für vereinzelte Fälle zutreffend.

Am Schädel sind alle ungewöhnlichen Erhabenheiten und Eindrücke und besonders die Narben zu beachten. Narben von Schusswunden können auf Selbstmordversuche, Narben von Quetsch- und Risswunden auf Verletzungen während epileptischer Anfälle hinweisen. Die Narben von traumatischen Einwirkungen erheischen schon darum eine gewisse aufmerksame Beobachtung, weil solche gewaltsame Eingriffe auf den Schädel von schweren Folgen begleitet sein können: so, hochgradige Neurosen oder sonstige psychische Leiden, Epilepsie u. s. w. Frische Traumen sind immer bedenklich und erfordern eine längere Zeit der Beobachtung. Man wird die Narben darauf untersuchen, ob sie mit der Unterlage verwachsen sind, ob ihnen eine Eindrückung des Schädels entspricht und ob sie empfindlich sind.

Das Haar lässt sich nur selten diagnostisch verwerten. Alopecie in noch jungen Jahren, etwa auch Spaltung der Haarenden, können unter Umständen den Verdacht auf Syphilis

lenken. Das frühzeitige Ergrauen der Haare ist in der Regel eine blos örtliche Alterserscheinung.

Das Gesicht und die Gesichtshöhlen.

Das Gesicht ist jener bevorzugte Teil des menschlichen Körpers, wo alle die mannigfachen Zustände des Menschen sich ausdrücken: das Wohlbefinden, die behagliche Stimmung, das Unbehagen, der Schmerz und die verschiedenen Leiden, physischer und psychischer Art. Wohl kann Verstellung die Gesichtszüge beherrschen und eine gewisse Ruhe vortäuschen, doch gelingt dies nur unvollkommen vor dem beobachtungskundigen Auge des Arztes. Im Allgemeinen lassen sich die Spuren der Leiden, im Gesichte ebenso wenig verwischen, als man die strotzende Gesundheit verbergen kann. Es ist mit einem Worte der „Gesichtsausdruck“, der gleich im Beginne der Untersuchung seine günstige oder ungünstige Einwirkung geltend macht. Im weiteren Sinne wird unter „Gesichtsausdruck“ die daselbst sich ausprägende Lebensenergie verstanden. Die Zähigkeit, der Tonus der Muskeln, die lebhaften energischen Gesichtszüge, das frisch blickende reine Auge, lassen den Gesichtsausdruck recht vorteilhaft erscheinen. Die Schlaffheit der Muskeln, die Energielosigkeit der Gesichtszüge, das matte etwa auch unreine Auge verdüstern den Gesichtsausdruck. Doch so bestechend oder abträglich dieser Gesichtsausdruck auf den Beobachter einwirkt, so kann nicht verschwiegen werden, dass hier Täuschungen und gerade hier mehr als sonst nicht ausgeschlossen sind, so dass erst eine eingehende Untersuchung, erst das Ergebnis des Gesamtbefundes, die vorgefasste Meinung des ersten Anblickes im guten oder schlechten Sinne richtig zu stellen vermag.

Es ist eine Tatsache, dass das Gesicht, selbst bei rasch vorübergehenden psychischen oder physischen Leiden, schon recht frühzeitig in's Mitleid gezogen werden kann, sowie anderseits eine gewisse Lebenszähigkeit selbst bei kränklichen Personen im Gesichte sich abspiegeln kann, wenn der Gesundheitszustand auch nur vorübergehend eine Besserung aufweist.

Der „Gesichtsausdruck“ darf durchaus nicht mit dem „Gesamteindruck“, der weit zutreffendere Anhaltspunkte bietet, verwechselt werden. Man versteht nemlich unter „Gesamteindruck“ eine Summe von Erscheinungen, die man bei der untersuchten Person zu beobachten Gelegenheit hat. Man kann eine Person untersucht haben, wo objektiv nichts Abnormes

wargenommen werden konnte, oder wo die wargenommenen Veränderungen und Abweichungen von der Norm warhaft geringfügig sind, und jede für sich allein als nicht belastend bezeichnet werden musste, und doch macht die Person auf den Arzt keinen günstigen Eindruck und muss die Summierung der wargenommenen Veränderungen den Verdacht des Vertrauensarztes erregen, dass er kein gesundes Leben, keinen gesund sich fühlenden Menschen vor sich habe. Umgekehrt kommt es nicht selten vor, dass die Untersuchung Zustände nachweist, die anscheinend ungünstig und verdacht-erregend sind, und doch sieht das erfahrene Auge des Arztes, dass diese Person gesund, das Leben ein gutes und der Versicherungsfall ein unzweifelhaft guter sei. Dieser „Gesamteindruck“ ist in den Augen des erfahrenen Versicherungsarztes in der Regel ein untrüglicher.

Genauere Anhaltspunkte bietet das Gesicht in Bezug auf Farbe und Beschaffenheit der Haut und den Ernährungszustand. Die verschiedenen Abstufungen von der Blässe bis zur Bleichheit und Fahlheit der Haut, die von Zirkulationsstörungen und anderen Krankheitszuständen herrührenden Veränderungen des normalen Teints, vom Weiss der Deke und dem Rot des durchschimmernden Blutes in Blau- und Gelbfärbungen, machen sich an dem Gesichte und an den Schleimhäuten seiner Höhlen in erster Linie bemerkbar.

Die eingefallenen Wangen, wo die Knochen hervorragen, das hohle Auge, wo jede Fettschicht entschwunden ist, lassen die dürftige Ernährung deutlich zu Tage treten.

Besonders sinnfällig, prägen sich am Gesichte die Krankheiten des Nervensystems durch funktionelle Störungen, durch Lähmungen und Krämpfe der Gesichts- und Augenmuskeln aus.

Die Gesichtslähmungen rühren vorwiegend von Facialis her. Sie sind in der Mehrheit periferer Natur. Die unterscheidenden Merkmale zwischen den zentralen und periferen Lähmungen werden später bei der Ausführung des Nervensystems ihre Besprechung finden. Es soll jedoch hier hervorgehoben werden, dass manche Lähmungen mit einer gewissen Bestimmtheit auf ihren Ursprung hinweisen, indem bei einzelnen Muskeln ausschliesslich zentrale oder periferer Lähmungen sich einstellen. Dies trifft besonders bei Lähmungen der Gesichts- und Augenmuskeln zu. Der Versicherungsarzt darf sich daher nicht damit

begnügen einfach eine Lähmung des Facialis anzugeben, sondern er soll auch die Oertlichkeit derselben feststellen.

Ohne in unnötige Sonderbesprechung aller vorkommenden Lähmungen hier einzugehen, sollen nur die der einzelnen „mimischen Gesichtsmuskeln“, in Kürze angeführt werden.

Durch die Lähmung des Epicranii kann die Stirne sich weder falten noch runzeln; sie erscheint stets glatt.

Durch die Lähmung des Orbicularis palpebrarum kann sich das Augenlid nicht schliessen. Das Auge bleibt stets offen (Lagophthalmus paralyticus). Beide diese Lähmungen sind periferer Natur.

Bei zentralen Lähmungen der Gesichtsmuskeln bleibt die Stirne gewöhnlich frei, während sie bei periferen Lähmungen mitergriffen ist.

Durch die Lähmungen der Muskeln, welche die Nase, die Oberlippen und den Mundwinkel bewegen, sinkt der Mundwinkel herab, verstreicht die Nasen-Lippenfurchen und verflachen sich die Wangen.

Gesichtslähmungen, die sich blos um Nase und Mund erstrecken, sind zentraler Natur.

Die Lähmung des Buccinator bewirkt Erschlaffung der Wange, die des Orbicularis Oris das Offenstehen des Mundes. Die doppelseitige Lähmung stört die Artikulation, ebenso die Lähmung der Kinnmuskeln. Durch die Lähmung der Kinnmuskeln erscheint die Kaubewegung teilweise gehemmt. Diese Lähmungen des untern Facialgebietes, der Gegend des Hypoglossus und der Kaumuskeln sind zentraler Natur.

Die Untersuchung der Gesichtsmuskeln auf Lähmungen ist in der Regel nicht schwierig. Bei einseitiger Lähmung fällt sogleich das Verstrichensein der Falten und das Verzogenensein des Gesichtes nach der gesunden Seite ins Auge. Die völlige Schlaffheit der Gesichtszüge verrät sogleich den Paralytiker.

Geringere Grade von Lähmungen werden erst bei Ausführungen der willkürlichen und der Mitbewegungen beim Lachen, Sprechen u. s. w. deutlich warnembar.

Es erscheint notwendig, wirkliche Lähmungen von der blossen Ungleichheit der Muskulatur an beiden Gesichtshälften, wie solche nicht selten vorkommen, genau zu unterscheiden.

Die Krämpfe der Gesichtsmuskeln finden unter „Nervensystem“ ihre Besprechung.

Die Mundhöhle. Die Untersuchung erstreckt sich auf das Gebiss und auf die von den Lippen ununterbrochen auf alle Teile der Mundhöhle übergehende Schleimhaut.

Das Gebiss. Man wird diesem keine allzugrosse Bedeutung beimessen dürfen. Der mit schadhafte Zähne behaftete Mensch, findet sich allmählig mit denselben zurecht, und versteht auch die stark cariösen Zähne gehörig zu benützen. Ein künstliches Gebiss, wird vollends den Schaden gut machen können.

Die Schleimhaut der Mundhöhle. Die anämische Verfärbung wird, wie schon erwähnt wurde, oft erst an den Schleimhäuten sich deutlich kennbar machen. Bei höheren Graden der Anämie wird man auch eine auffallende Trockenheit des Mundes warnemen können.

Die durch die Zirkulationsstörungen und andere Krankheitszustände bedingten Farbenveränderungen, werden an den Schleimhäuten des Mundes weit eher und früher zum Vorschein kommen, als sonst an der allgemeinen Deke. Das misfarbige, lockere, leicht blutende Zahnfleisch, wird die Aufmerksamkeit auf dyskrasische Zustände lenken.

Die Ueberreste der früheren Krankheitsprozesse, und hier ist in erster Linie die Lues hervorzuheben, werden besonders an ihren Lieblingsstellen in der Mundhöhle beobachtet werden können. Man wird Umschau halten, ob an der Ober- und Unterlippe, oder an den Wangen Flecke von verschiedener Form und Grösse sich zeigen, die opalin, milchfärbig, wie von frischer Lapisätzung entstanden, sich ansehen. Ob die Mandeln vergrössert, excoriirt, leicht blutend oder mit Geschwüren bedeckt sind. Ob ein Netz von varikösen Venen die Mandeln, die Gaumensegel, die hintere Rachenwand durchzieht, so dass diese ein bläulich-rotes Aussehen haben. Ob an der hinteren Rachenwand Streifen von zähem, gelbem oder gelblich-weissem Schleim vorhanden sind; endlich ob Narben an den Schleimhäuten sich vorfinden.

Mit einer gewissen Sorgfalt wird die Zunge beobachtet werden müssen. Ein dicker Belag kann wol bei starken Rauchern, aber auch bei Magenleidenden und bei Potatoren vorkommen. Mitunter sieht sich die Zunge schmutzig grau und zottig an: Zustände die eine besondere Beachtung erheischen. Die Merkmale der Lues: weissliche, hyaline Flecke kommen bei der

Zunge an ihrem Rande vor. Die sogenannten „Raucherfleke“, die als perlgrüne Streifen in der Mitte des vorderen Teiles der Zunge sich ausbreiten, haben keine Bedeutung. Im hohen Grade verdachterregend sind die entzündlichen Infiltrationen an der Zunge. Derbe Knoten in dem Gewebe der Zunge und Geschwüre, lenken den Verdacht geradezu auf Carcinome oder Tuberkulose der Zunge. Bei unausgesprochenen Fällen wird eine längere Zeit der Beobachtung — Monate oder Jahre — eintreten müssen.

Narben von Zungenbissen lenken den Verdacht auf Verletzungen während epileptischer Anfälle.

Die Lähmungen an der Zunge sind Teilerscheinungen anderer zentraler Lähmungen und weisen auf Gehirntumoren, Apoplexie u. s. w. hin. Bei einseitiger Zungenlähmung wird die Spitze der herausgestreckten Zunge nach der gelähmten Seite hin gewendet. Bei doppelseitiger Lähmung wird die Zunge langsam, zögernd und zitternd herausgestekt und sinkt rasch wieder zurück. Auch die Zungenkrämpfe sind Teilerscheinungen anderer schwer belastender Krämpfe, so der Chorea, Epilepsie u. s. w.

Einseitige Lähmung des Levator palati lässt die entsprechende Seite des Gaumensegels etwas tiefer stehen als die andere. Bei doppelseitiger Lähmung hängt das Gaumensegel schlaff herab. Man wird auf diese Lähmung oft erst durch den Nasenbeiklang der Stimme aufmerksam gemacht, der dadurch entsteht, dass die Kommunikation der Mundhöhle mit dem Nasenraume ununterbrochen frei, unverschliessbar ist. Rhinolalia aperta, zum Unterschiede von der Rhinolalia clausa, die von der Verstopfung des Nasenraumes herrührt. (Vide unten.)

Die Nasenhöhle. In nur seltenen Fällen wird die Nasenschleimhaut Anhaltspunkte für die Beurteilung der Versicherungsfähigkeit einer Person bieten. In unmittelbarer Berührung mit der äussern Luft wird die Schleimhaut nach dieser, nach den atmosphärischen Schädlichkeiten sich richten, so dass nicht gar zu oft eine reine, glatte und tadellose Nasenschleimhaut, namentlich bei den Stadtbewohnern sich vorfinden wird. Oft vorkommende Nasenkatarrhe, können kaum als belastend angesehen werden. Auch der chronische Nasenkatarrh, der mit Hypertrophie und Schwellung der Schleimhäute einhertritt, ist sehr oft ein rein örtliches Leiden. Nur muss der Umstand nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein solcher Katarrh die Neigung

hat überzugreifen, so auf die Tuben, auf das Mittelohr, die nicht selten zu Schwerhörigkeit führen. Eine solche ist zwar an und für sich nicht gerade belastend, wol aber der Umstand, dass die katarrhalischen Zustände Neigung zum Uebergreifen u. zw. auch auf die andern benachbarten Räume bekunden.

Einen strengen Masstab jedoch muss man bei jenen krankhaften Zuständen der Nase anlegen, die ein eitriges, von fauliger Zersetzung herrührendes höchst stinkendes Sekret zu Tage fördern; nemlich bei der Ozäna. Man findet dabei an der Schleimhaut fest anhaftende grünlich-gelbe Borken und Krusten vor. Beim weiteren Verlaufe tritt eine Atrophie aller Nasenteile, der Schleimhäute, der Drüsen und selbst der Knochen ein, so dass die Nasenhöhle ganz beträchtlich erweitert wird. In der Regel liegen der Ozäna dyskrasische Leiden zu Grunde, skrophulöse, tuberkulöse Prozesse der Knochen oder Syphilis.

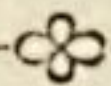
Die Nasenhöhle kann noch andere abnorme Befunde aufweisen, so die in ihr sich bergenden Gebilde, die nicht blos in Betreff ihrer Beschaffenheit, ob sie, wie dies zumeist der Fall ist, blos als Schleimhautpolypen, oder als adenoide Wucherungen und Tumoren sich herausstellen, sondern auch in Betreff ihres Ortes von wo sie ausgehen einer sorgfältigen Prüfung unterzogen werden müssen. Diese Gebilde sind oft sicht- und tastbar, zuweilen jedoch verrät sich ihre Anwesenheit erst durch den nasalen Beiklang der Stimme (*Rhinolalia clausa*), der durch die Verstopfung der Nase herbeigeführt wird. Einen vollen Aufschluss über alle diese Verhältnisse wird allerdings erst die Rhinoscopie bieten können.

Die Beurteilung der abnormen Zustände der Nase wird sich demnach richten: bei den chronischen Katarrhen, ob sie eine Neigung zum Uebergreifen zeigen. Man müsste solche damit behaftete Personen, den bedingten Versicherungsfällen u. zw. der I. G. Kl. anreihen.

Bestehende Eiteransammlungen der Nasen-, Siebbeinzellen-, Highmors-, Stirn- und Keilbeinhöhle sind höchst bedenkliche Zustände, die zur Zeit die Versicherung ausschliessen. Dies ist ganz besonders bei Ozäna der Fall. Geheilte Empyeme erfordern eine Beobachtungszeit von mindestens einem Jahre.

Die Polypen, wenn anders sie nicht in Folge ihrer Oertlichkeit besonders schwer fassbar und operirbar sind, was

tatsächlich äusserst selten der Fall ist, werden selbst wenn sie die Nase vollkommen undurchgängig machen, in der Neuzeit nicht mehr so bedrohlich angesehen als in der früheren Versicherungspraxis. Ihr Auftreten ist so häufig, ihre Entfernung so leicht und in der grossen Mehrheit so wenig gefahrbringend, dass sie die erste Etappe nach den unzweifelhaften guten Versicherungsfällen bilden und der I. G. Kl. angereiht werden können. Als bedrohlicher werden jene Polypen angesehen, die im mittleren Gange sitzen und die von der Highmorshöhle herabsteigen. Nasen- und Rachenfibrome sind versicherungsausschliessend.



Die Organe des Kopfes.

Das Nervensystem*).

Die zentralen und periferen Lähmungen. — Die spinale Muskelatrophie. — Die Beurteilung der Lähmungen und der Atrophie. — Die abnormen Bewegungen: Krampf, Zittern, Sprachstörungen, reflektorische Erregbarkeit. — Die Neurasthenie. -- Die Nervosität. — Die Neuralgie. — Tabes dorsalis. — Progressive Paralyse. — Der Selbstmord.

Es sei im Vorhinein bemerkt, dass hier zwar nur allgemeine Gesichtspunkte aufgestellt werden, nichtsdestoweniger musste des Zusammenhanges wegen, hie und da eine etwas eingehendere Besprechung der einzelnen Erscheinungen des Nervensystems erfolgen, so dass es unvermeidlich wurde, manche, jedem Arzte geläufigen Doktrinen zu wiederholen; ferner dass die hier gleichsam aphoristisch dargelegten Gesichtspunkte an den betreffenden Orten, bei der Schilderung der Organe und ihrer abnormen Erscheinungen ihre weitere Ausführung finden.

Die Krankheiten des Nervensystems erschliessen wir aus den Veränderungen, die sie hervorbringen, und aus den Erscheinungen, die sie darbieten; also aus der Bewegungsunfähigkeit und aus den gesteigerten Bewegungen der willkürlichen Muskeln, sowie aus ihrer Entartung; aus den abnormen Reizungszuständen und aus den gesteigerten Empfindungen.

Die Prüfung erstreckt sich demnach auf die Lähmungen und Atrophie der Muskeln; auf die Krämpfe, auf das Zittern,

*) Selbstverständlich werden hier nebst den abnormen Zuständen des Gehirnes auch die des Rückenmarkes dargestellt.

auf die Sprachstörungen, auf die Ataxie, auf die reflektorische Erregbarkeit, (die erhöhte oder herabgesetzte Empfindlichkeit, so wichtige Anhaltspunkte sie in manchen Fällen bieten mögen, kommen für den Versicherungsarzt kaum in Betracht), ferner auf die Neurasthenie und Nervosität und auf die subjektiven Empfindungen, endlich auf die chronischen Krankheiten des Zentralnervensystemes und auf den Selbstmord.

Die Lähmungen sind zentrale oder periphere. Zentrale Lähmungen haben ihren Ursprung im Zentralnervensysteme, also im Gehirn oder Rückenmarke; periphere Lähmungen sind solche, die von Veränderungen und Zuständen herrühren, die auf die Nerven erst in ihrem weiteren — in ihrem periferen Verlaufe einwirken. Doch können solche Veränderungen auch in den Nervenkerneu gelegen sein.

Zur Unterscheidung zwischen zentralen und periferen Lähmungen haben wir einige Merkmale, die vielleicht nicht für alle Fälle ausreichen, immerhin aber dem genauen Beobachter gewisse Anhaltspunkte zu einer Differentialdiagnose bieten.

Die halbseitigen Lähmungen, eines Armes und Beines derselben Seite, sowie die beiderseitigen Lähmungen, am entsprechenden Abschnitte des Körpers, bedürfen als zweifellose Anzeichen eines Zentralleidens keiner weiteren Ausführungen.

Zentrale Lähmungen charakterisiren sich durch ihre Ausbreitung auf ein umfangreiches Gebiet, sie stellen sich als diffuse Lähmungen dar, die alle Muskeln eines Gliedes, oder Gliedabschnittes ergreifen. Periphere Lähmungen haben ein mehr eingengtes Gebiet; sie stellen sich als Lähmungen einzelner Muskeln oder einzelner Muskelgruppen dar, die von einem und demselben Nerven versorgt werden.

Zentrale Lähmungen führen keine Veränderungen in der Beschaffenheit der Muskeln herbei, die Muskeln erleiden dadurch keine Entartung. Ihre „elektrische Erregbarkeit“ bleibt erhalten, so dass der „faradische Strom“ noch Zukungen in denselben hervorruft. Periphere Lähmungen bringen eine Atrophie, d. h. nicht bloß eine Abnahme, sondern eine Entartung der Muskeln zustande. Die „Entartungsreaktion“ macht sich dadurch offenkundig, dass ein faradischer Strom keine Erregbarkeit nachweisen lässt.

Weitere Anhaltspunkte bieten die Endglieder einer gelähmten Extremität. Bei zentraler Natur werden die Hand,

Finger, der Fuss, die Zehen von der Lähmung am stärksten befallen, bei periferer Natur am geringsten, so dass sie in gewissem Grade noch bewegungsfähig sind.

Es gibt noch einige unterscheidende Merkmale zwischen Beiden: so der Schmerz, der bei zentralen Lähmungen länger anhält als bei periferen. Ferner etwa vorhandene Kontrakturen, die vorwiegend bei periferen Lähmungen während der Andauer des Schmerzes oder als Ausdruck ihrer unvollständigen Heilung zugegen sind. Endlich die „reflektorische Erregbarkeit“, die bei zentralen Lähmungen noch erhalten bleibt, oder gar sich steigert, während sie bei periferen Lähmungen ausfällt.

Einzelne Lähmungen weisen direkt auf ihren Ursprung hin, indem bei manchen Muskeln nur bestimmt zentrale oder bestimmt periferer Lähmungen vorkommen, wie solche schon bei den Lähmungen einzelner Gesichtsmuskeln erwähnt wurden. (Vide: Seite 39).

Die Atrophie der Muskeln, d. h. die selbständige Atrophie, die nicht mit gleichzeitiger Lähmung auftritt, ist entweder eine Folge der allgemeinen Abmagerung, oder eines spinalen Prozesses. Atrophien einzelner Muskeln sind sehr bedenklicher Art und erregen den Verdacht auf eine beginnende „progressive Muskelatrophie“.

Die Atrophie der kurzen Handmuskeln, das Einsinken des Daumen- und Kleinfingerballens, die Abflachung der Hohlhand, wobei die Finger eine Krallenstellung einnehmen, weisen schon mit Bestimmtheit darauf hin. Allmähig nehmen noch andere Muskeln an dem Schwunde teil und es entwickelt sich das volle Bild einer spinalen progressiven Muskelatrophie.

Zur Beurteilung der Lähmung und der spinalen Atrophie können folgende Gesichtspunkte dienen:

Eine Lähmung oder Atrophie, die zentralen Ursprunges sind, schliessen jede Versicherung aus, gleichviel ob sie auf einen schon abgeschlossenen oder auf einen erst beginnenden Krankheitsprozess hinweisen. Nur zwei zentrale Krankheitsformen, eine spinale mit Lähmungserscheinungen, und eine cerebrale mit den Merkmalen einer Atrophie, die beide von den in der Kindheit abgeschlossenen Prozessen herrühren, gestatten eine mildere Auffassung.

Die spinale Kinderlähmung äussert sich in Lähmung und Atrophie einzelner Extremitäten, am häufigsten eines Beines, oder einzelner Muskelgruppen am Beine. Die cerebrale Atrophie, tritt in hemiplegischer Form auf und äussert sich in Atrophie der Muskeln eines Armes und Beines derselben Seite, wobei mitunter auch die Knochen im Wachstume zurückgeblieben und die Endglieder verkrümmt sind. Beide Prozesse lassen eine Rezidive nicht mehr befürchten; hier wirken vorwiegend die Umstände ungünstig ein, dass wir es mit einem schlecht angelegten Körper, und bei der cerebralen Form überdies mit einer nervös veranlagten Person zu tun haben. Je nach dem sonstigen Befunde der Organe, und ganz besonders je nach dem Ernährungszustande der übrigen von der Lähmung oder der Atrophie nicht befallenen Körperteile können solche Versicherungen nach der I. oder II. G. Kl. bemessen werden.

Es muss bemerkt werden, dass bei der cerebralen Atrophie eine Täuschung dadurch möglich ist, als oft eine Fettwucherung den Muskelschwund deken kann.

Eine besondere Aufmerksamkeit wird man den Augenmuskellähmungen schenken müssen, die häufig als Vorläufer oder als Begleiterscheinungen von chronischen Krankheiten des Zentralnervensystemes auftreten.

Die eigentliche Schwierigkeit beginnt erst bei der Beurteilung der periferen Lähmungen. Hier ist es nicht ihr Ursprung, sondern ihre aetiologischen Momente, die Bedenken erregen. Diese sind mannigfaltig: Geschwülste namentlich in der Orbita, Aneurysmen, die auf die Nerven einen Druck ausüben; Erkrankungen der Nachbarorgane, so Faciallähmungen, beim eitrigen Mittelohrkatarrhe, bei Caries des Felsenbeines; vorausgegangene Krankheiten, so nach Diphteritis, nach akutem Gelenksrheumatismus; ganz besonders die Lues, die namentlich häufig den Augenmuskellähmungen zu Grunde liegt; ferner Entzündungen der Nerven selbst; und als minder bedenkliche Ursachen die rheumatischen und Erkältungslähmungen, die beide wahrscheinlich zusammenhängen. Am günstigsten müssen traumatische Einwirkungen beurteilt werden.

Da die veranlassenden Ursachen in den meisten Fällen der Kenntnis sich entziehen, so wird der Versicherungsarzt seine Aufmerksamkeit auf die vorhandenen Lähmungen selbst richten müssen.

Vorausgegangene Lähmungen, die keinen hemiplegischen oder paraplegischen Charakter hatten und die rasch ausheilten, lassen mit Warscheinlichkeit auf einen periferen Ursprung schliessen; wenn auch der Umstand ihrer Heilung nicht ganz massgebend ist, da auch zentrale Lähmungen beim zeitlichen Stillstande des Prozesses ausheilen können. Man wird die anamnestischen Angaben in Betreff der Geringfügigkeit und der begrenzten Ausbreitung derselben mit Vorsicht entgegennehmen müssen, da die Versicherungswerber nicht immer geneigt sind, ihre früheren Leiden im vollen Umfange einzugestehen.

Rezidiven sind höchst bedenklich. Finden solche wiederholte Lähmungen an den Augenmuskeln statt, die ohne bekannte Ursachen öfters auftreten und rasch wieder verschwinden, so liegt einerseits der Verdacht auf Lues, anderseits auf Tabes vor; bei welch' Lezterem sie oft schon im Beginne des Leidens sich vorzufinden pflegen.

Eine seit kurzer Zeit bestehende Lähmung wird, selbst bei ganz beruhigenden Verhältnissen, die Versicherung aufschieben lassen. Ein Zuwarten von etwa einem Jahre ist hier angezeigt.

Lähmungen, die ein grösseres Gebiet umfassen, und auf verschiedene von demselben Nerven versorgten Muskelgruppen sich ausbreiten, sind immerhin gefährdender als Lähmungen von nur einzelnen Muskeln.

Lähmungen nach akutem Gelenksrheumatismus haben unzweifelhaft einen periferen Charakter; aber sie weisen auf die Schwere des vorausgegangenen Prozesses hin. Beide Umstände zusammen rechtfertigen eine Prämienbemessung nach der I. G. Kl.

Lähmungen in Folge von anderen, an und für sich unbedenklichen Zuständen, so etwa nach Verwundungen u. a. m. beeinträchtigen die Versicherungsfähigkeit nicht.

Die progressive Muskelatrophie schliesst in der Regel jede Versicherung aus. Nur bei einer weitgehenden milden Auffassung kann ein solcher Versicherungsfall nach der III. G. Kl. noch eine Berücksichtigung finden.

Die abnormen Bewegungen.

Hieher gehören: Der Krampf, das Zittern, die Sprachstörungen, die Ataxie und das Verhalten der reflektorischen Erregbarkeit.

Die Krämpfe. Es sind hier nur die „klonischen“ Krämpfe gemeint, die in raschen, unwillkürlichen Zukungen, entweder in einem, oder in verschiedenen Muskeln bestehen, nicht aber die „tonischen“, lange Zeit anhaltenden Krämpfe, wie sie bei den schweren Formen der Krankheiten des Nervensystemes auftreten. Die klonischen Krämpfe äussern sich entweder in rhythmisch geordneten Zukungen oder in ungeordneten Kontraktionen (Schlagen der Glieder).

Die Krämpfe können sich auf die Hals-, Nacken- und Rumpfmuskeln ausbreiten, vorwiegend jedoch auf das Gesicht. Hier ist besonders der „Tic convulsiv“ hervorzuheben, an welchem ausschliesslich die Gesichtsmuskeln, namentlich die um Mund und Augen, herum sich beteiligen. Ebenso beachtenswert sind die so häufig auftretenden Lidkrämpfe.

Hieher gehören auch die absonderlichen hysterischen Krämpfe: Grimassen schneiden, Wein- und Lachkrämpfe, Schluchzen, Schreien und Sprungbewegungen. Die Erfahrung spricht dafür, dass diesen Krampfbewegungen keine höhere Bedeutung beizumessen ist, als die einer gesteigerten Nervosität. Ob der Grad der Nervosität mit dem Grade der Krampfform gleichen Schritt hält, ist nicht festgestellt. Immerhin wird man sich darnach richten, ob man solche Versicherungsfälle der I. oder II. G. Kl. zuweisen soll.

Hieher anzureihen sind jene Krämpfe, die nur bei einer bestimmten Verrichtung eintreten. „Beschäftigungskampf“, als deren Typus der Schreibekampf gelten kann, ebenso der Telegrafistenkampf u. a. m. Doch während der Schreibekampf nicht immer mit allgemeiner Nervosität verbunden ist, kann eine solche bei den Telegrafisten eher angenommen werden.

Eine höhere Bedeutung haben die anderen Bewegungsanomalien. Sie bilden die Hauptmerkmale der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystemes.

Das Zittern (Tremor). Die Prüfung auf Zittern, geschieht bei Bewegungen, die entweder eine gewisse Kraft oder Geschicklichkeit erfordern.

Das Zittern der Säuer macht sich an den Händen, bei höherem Grade am Arm und Beine, so wie an der Zunge bemerklich. Ein Intentionszittern nemlich ein solches, welches nicht in der Ruhe, sondern erst bei einer etwas stärkeren Bewegung auftritt, kommt bei multipler Sklerose, ein con-

vulsivisches Zittern bei Paralysis agitans, zuweilen bei Morbus Brightii, und mitunter als Ueberrest einer vorausgegangenen Hemiplegie vor. In der Mehrheit wird das Zittern als nervöse Erscheinung aufgefasst.

Die beste Probe auf Zittern ist beim Schreiben gegeben. Doch wird man dabei jene Umstände berücksichtigen, die eine zitternde Hand rechtfertigen. Postbeamte, deren Beschäftigung im Schreiben während der Bahnfahrt besteht, zeigen oft beim ruhigen Schreiben eine eben solche Handschrift auf, wie bei ihrer gewöhnlichen Schreibthätigkeit. Ebenso Personen, die schwere Arbeiten verrichten. Der Mann, der den Hammer schwingt, wird die leichte Feder nicht gut handhaben können.

Die Sprachstörung. Es sind hier jene Sprachstörungen gemeint die auf krankhaften Veränderungen in dem Sprachapparate des Gehirnes, in den Bahnen, die ausschliesslich der Sprache dienen beruhen, wie dies bei der progressiven Paralyse eintritt. Ein bezeichnendes Merkmal ist das „Silbenstolpern“. Die Laute werden nicht richtig zum Worte geformt; der Rhythmus der Rede ist ein wechselnder und unpassender; schwierige Worte, wie beispielsweise Gregorovius, drei und dreissigste Reitereschwadron, unrichtig nachgesprochen. Ebenso eigentümlich sind die Schriftzeichen; auffallend klein und immer kleiner werdend; einzelne Buchstaben oder Worte werden ganz ausgelassen oder andere hinzugefügt u. s. w.

Die Ataxie ist der Ausdruck einer Störung in der „Coordination der Bewegungen“. Bekanntlich ist bei allen zusammengesetzten Bewegungen beim Gehen, beim Ergreifen der Gegenstände u. s. w. ein Zusammenwirken mehrerer Muskel notwendig, die alle theils gleichzeitig, theils nacheinander sich kontrahiren und die ihnen dabei zukommende Thätigkeit prompt vollziehen müssen. Geschieht diese Bewegung in einer derart geordneten Weise, so nennen wir sie „coordinirt“, geschieht dies in ungeordneter, abweichender Weise, so dass ein oder mehrere dabei mitwirkende Muskeln dieser gewollten Verrichtung nicht, oder nur in beschränkter Weise nachkommen, so fallen diese Bewegungen ungeordnet, ungeschickt, unsicher aus; sie sind „uncoordinirt“, „ataktisch“.

Die Ataxie macht sich im Beginne, beim Gehen und erst in den späteren Stadien auch beim Ergreifen der Gegenstände bemerklich. Ein besonderes Merkzeichen der Ataxie ist es, dass

die Personen alle ihre Bewegungen, namentlich beim Gehen, sorgfältig mit den Augen überwachen, um sie möglichst sicher auszuführen.

Die reflektorische Erregbarkeit. Bei der Prüfung des Nervensystemes muss auch das Verhalten der Reflexbewegungen erforscht werden; namentlich sind es die Sehnenreflexe, die eine wichtige diagnostische Bedeutung haben: eine Reizung derselben bewirkt bei normalen Verhältnissen rasche, sozusagen blitzartige Zukungen an dem betreffenden Muskel. Am deutlichsten zeigen sich solche Muskelkontraktionen am Quadriceps, beim Beklopfen seiner Sehne am Ligamentum Patellae, wobei der Unterschenkel eine lebhafte Bewegung erlangt. Das Fehlen solcher Patellarreflexe lässt auf abnorme Vorgänge in dem Zentralnervensysteme schliessen.

Bekanntlich geschieht die Prüfung auf die Weise, dass man das zu untersuchende Bein über das andere schlagen lässt und so bei schlaff herabhängendem Unterschenkel die Patellarsehne beklopft.

In zweifelhaften Fällen kann das JENDRASSEK'sche Verfahren vorgenommen werden, nemlich das Ineinanderhaken der Finger beider Hände und das gewaltsame Auseinanderziehen derselben. Es scheint, dass die lebhafte Anspannung der oberen Extremitäten die Erschlaffung des zu untersuchenden Beines bewirke.

Wo auch dieses Verfahren versagt, da ist das Fehlen der Patellarreflexe zweifellos. Bei Greisen und bei fetten Personen, pflegen die Patellarreflexe schwächer zu sein, ohne jedoch ganz auszufallen.

Diese felende Reflexbewegung: das „Kniephänomen“, ist ein Hauptsymptom bei der Tabes, das oft schon im Beginne sich einstellt.

Der Versicherungsarzt soll die Prüfung der Patellarreflexe bei allen Untersuchungen zu Versicherungszwecken vornemen.

Die Neurasthenie.

Es lassen sich bei der Neurasthenie keine Krankheitsprozesse im Gehirne oder Rückenmarke nachweisen. Aus Mangel an anatomischen Veränderungen greift man zu der unbestimmten Deutung, dass hier eine funktionelle Störung in der Nervensubstanz vorliege, die in einer gesteigerten Reizbarkeit,

oder in einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit des Nervensystemes, nemlich in einer „nervösen Schwäche“ zum Ausdrücke kommt.

Herkömmlich unterscheidet man eine spinale und cerebrale Neurasthenie, jenachdem abnorme Empfindungen am Rücken und an benachbarten Orten, oder abnorme Gefühle vorherrschen. Da beide Zustände jedoch häufig vereinigt sind, so kann man schlechtweg bloß den Ausdruck Neurasthenie gebrauchen.

Die Neurasthenie äussert sich in einer durch Nichts begründeten Ermüdung und Schwäche des Körpers bei mässigen Bewegungen; in einer gewissen Schlaffheit; in Schmerzempfindungen aller Art und aller Orten; im Druckgefühle am Kopfe, in zeitweisem Schwindel, in Schlaflosigkeit, in Unfähigkeit zur methodischen geistigen Arbeit; in tief gedrückter Stimmung, und was nach BEARD, der die Neurasthenie zuerst beschrieb, besonders bezeichnend ist, in „Vorstellungen ängstlichen Inhaltes“.

Bei der Neurasthenie wirkt auch die Hypochondrie mit ein, doch mit einem gewissen Unterschiede der Grade der Vorstellung. Bei dem Hypochonder herrscht die Furcht, bei dem Neurastheniker der Schrecken vor. Der Hypochonder ergibt sich in sein Schicksal, der Neurastheniker findet seine Lage unerträglich; das Gewöhnliche wird bei ihm zum Ereignis, das Gleichgültige zu einem aussergewöhnlichen Vorkommnis. Der Neurastheniker hat oft Plazfurcht, Angstgefühle bei der Eisenbahnfahrt und Furcht vor allen Krankheiten, die etwa eintreten könnten.

Die Neurasthenie erfordert eine um so sorgfältigere Untersuchung, als eine Verwechslung der progressiven Paralyse mit derselben vorkommen kann.

Der Neurastheniker kann immerhin noch nach der I. G. Kl. berücksichtigt werden.

Die Nervosität reiht sich der Neurasthenie an, mit welcher sie Vieles gemeinsam hat. Eine gewisse Nervosität, die noch zur „physiologischen Breite“ gehört, ist überhaupt in unserer Zeit vorherrschend, welcher man daher auch Rechnung tragen muss; doch gibt es eine hochgradige Nervosität, die auf einer krankhaften Veranlagung beruht und die, wie später besprochen wird, die aetiologischen Momente zum Selbstmorde abgeben können. Die Beurteilung der hochgradigen Nervosität ist nahezu eine gleiche wie bei der Neurasthenie.

Die Neuralgie.

Die Krankheiten der sensibeln Nerven, werden fast immer der Beobachtung entgehen, wenn die untersuchte Person nicht selbst die Aufmerksamkeit des Versicherungsarztes darauf lenkt. Die meisten Neuralgien beeinflussen die Versicherungsfähigkeit nur insoferne, als denselben schwer belastende Ursachen zu Grunde liegen können.

Es sollen hier nur einzelne dieser Neuralgien erwähnt werden.

Die Prosopalgie (FOTHERGILL'scher Gesichtsschmerz) ist wol ein sehr schmerzhaftes, doch keineswegs lebensbedrohendes Leiden. Die herkömmliche Anschauung, dass solche Neuralgien einen Selbstmord herbeiführen können, findet, wie die schmerzhaften Neuralgien überhaupt, in der Versicherungspraxis teilweise ihre Bestätigung. Von einer besonderen Wichtigkeit sind die hartnäckigen Intercostalneuralgien, wo tatsächlich lebensbedrohende Zustände zu Grunde liegen können: Caries der Wirbel, Carcinom, Rückenmarkskrankheiten und namentlich Aneurysmen. Eine überlang andauernde Ischias, ist erfahrungsgemäss als ein verdächtiger Zustand zu betrachten.

Vorausgegangene Neuralgien beeinträchtigen im Allgemeinen die Versicherungsfähigkeit nicht, doch ihre häufigen Rezidiven, oder ihre chronischen Formen weisen in der Regel auf eine neuropathische Veranlagung hin. Hier ist die Prämienbemessung nach der I. G. Kl. angezeigt. Immer vorausgesetzt, dass die lange Andauer derselben eine gewisse Bürgschaft dafür bietet, dass keine pathologischen Zustände die Ursachen abgeben.

Die Tabes dorsalis und die progressive Paralyse.

Die Bewegungsanomalien erweisen sich als diagnostische Merkmale dieser chronischen Leiden des Zentralnervensystemes, oft schon in ihren Anfangsstadien, oder nach längerer Zeit ihres Bestandes, wo aber die Erscheinungen noch nicht mit solcher Offenkundigkeit zu Tage getreten sind, dass sie sofort erkannt wurden.

Die Tabes dorsalis. Die subjektiven Erscheinungen: borende Schmerzen in den untern Extremitäten entziehen sich der Kenntnis des Versicherungsarztes. Auf eindringliches Befragen werden vielleicht unbedeutende Muskelrheumatismen angegeben, die bei Verdachtsmomenten eine gewisse Deutung

zulassen. Von den objektiven Symptomen ist der Verlust der Patellarreflexe ein erstes und wichtiges Symptom, doch kein ganz untrügliches, da das Fehlen der Patellarreflexe nicht unfehlbar nur auf pathologische Verhältnisse gedeutet werden muss. Zu einer zweifellosen Diagnose ist das Zusammentreffen mehrerer pathognostischen Merkmale erforderlich. Eine gleichzeitig vorhandene reflektorische Pupillenstarre (vide weiter die Sehorgane, Seite 58) wird den Verdacht auf Tabes schon im hohen Grade erregen, ganz besonders, wenn sie mit ungewöhnlicher Enge der Pupillen (Myosis) sich vergesellschaftet. Vervollständigt wird die Diagnose durch die Lähmungen der Augenmuskeln, die, wenn auch zur Zeit nicht vorhanden, aber laut Anamnese, ohne bekannte Ursachen oft entstehen und rasch wieder entschwinden. Blasenstörungen und die verschiedenen Grade der Ataxie sind schon Erscheinungen der vorgeschrittenen Tabes.

Die Tabes lässt als langwieriges, chronisches Leiden eine Versicherung nach der III. G. Kl. noch zu, doch scheint dies nicht ganz im Sinne und Geiste der Lebensversicherung zu liegen. Es fehlen hier alle Anhaltspunkte zur Beurteilung der Andauer des Lebens, wie solche bei Herzfehlern und bei Emphysem noch gegeben sind.

Die progressive Paralyse. Der beginnende Schwachsinn wird der Beobachtung leicht entgehen; dagegen sind manche objektive Merkmale nicht selten schon in den ersten Stadien nachweisbar: so die Ptosis; die Ungleichheit der Pupillen; die reflektorische Pupillenstarre; die Sprach- und die Schriftstörungen.

Die Ungleichheit der Pupillen allein ist kein sicheres pathognostisches Merkzeichen einer progressiven Paralyse, sie kann eben so gut auf eine hochgradige Nervosität bezogen werden. Auch die Ptosis kann ebensowol ein habituellem Zustand, als auch peripheren oder zentralen Ursprunges sein. Beide Zustände zusammen jedoch und namentlich beim Hinzutreten von Pupillenstarre sind schon schwer belastende Anzeichen dafür. Sprach- und Schriftstörungen bekunden unzweifelhaft den Paralytiker.

Dass bei Verdacht auf progressive Paralyse jede Versicherung entfällt, ist selbstverständlich.

Der Selbstmord.

Es mag hier der Platz sein, die Versicherungsfrage in Betreff des Selbstmordes zu beleuchten. Die Anschauungen über den Selbstmord haben in neuester Zeit einen wesentlichen Umschwung erlitten. Die Wissenschaft und die Erfahrung sprechen dafür, dass nicht bloß die unbewusste, im Irrsinn erfolgte Selbsttötung, sondern auch der bewusste und beabsichtigte Selbstmord, bei einer grossen Zahl von Fällen, auf einen krankhaften Zustand des Gehirnes zurückzuführen sei, selbst dort noch, wo bei der Obduktion keine pathologischen Veränderungen in dem Gehirn und seinen Häuten sich nachweisen lassen, und wo man demnach gezwungen ist eine funktionelle Störung anzunehmen.

Die gebräuchlichen Beweggründe des Selbstmordes: Liebe, Eifersucht, gekränktes Ehrgefühl und das „amerikanische Duell“, welches letzteres überhaupt nicht auf Wirklichkeit, sondern auf einem Wahne beruht, sie sind nur die scheinbaren Veranlassungen dafür, und dürften zunächst sich verhalten wie die Einwirkung einer Infektion auf einen Organismus, wo die Disposition, d. h. die innere Vorbereitung dazu schon vorhanden ist.

Man hat bisher vom Versicherungsstandpunkte aus dieser Frage nur darum wenig Beachtung geschenkt, weil man den Selbstmord als einen unberechenbaren Akt betrachtete, der sich jeder Voraussicht entziehe, und zumeist weil der Versicherungsvertrag beim Selbstmorde seine Gültigkeit einbüsste und nur der Wert der Versicherung geleistet wurde. Anders jetzt: die Prognose eines etwa in nicht zu ferner Zeit zu erwartenden Selbstmordes erscheint für den tüchtig geschulten Versicherungsarzt nicht so ganz ausgeschlossen, wenn man ein solches Ereignis zumeist als das Ergebnis der krankhaften Veranlagung der Person betrachtet und auf eine neuropathische Belastung zurückführt, für welche sich Spuren in der Familie auffinden lassen.

Die meisten Versicherungsanstalten haben sich diesen Anschauungen in dem Grade angeschlossen, dass sie in Selbstmordfällen besonders günstige Bestimmungen eintreten lassen. Durch eine solche Auffassung, die den sozialen Bedürfnissen und den wissenschaftlichen Anforderungen Rechnung trägt, haben sich die Versicherungsanstalten als volkstümliche auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Institutionen erwiesen, die der Versicherungsarzt durch seine erhöhte Sorgfalt bei der Untersuchung unterstützen muss.

B. Die Sehorgane.

Die Lähmungen der Augenmuskeln: Ptosis, Strabismus, Nystagmus, Myosis, Mydriasis. — Ungleichheit der Pupillen, reflektorische Pupillenstarre. — Exophthalmus. — Die Merkzeichen für andere Krankheitszustände des Organismus.

Die Krankheiten des Auges stehen in mehrfacher Beziehung zu den Krankheiten der anderen Organe. Sie sind Folgezustände und mitunter Vorläufer d. h. die ersten diagnostischen Merkzeichen der Krankheiten des Zentralnervensystemes. Sie vergesellschaften sich nicht selten mit anderen Krankheiten an andern Organen. Nicht so sehr in dem Sinne, dass die Krankheiten des Auges auf die andern Organe übergreifen, was hie und da tatsächlich auch geschieht, als vielmehr umgekehrt, dass oft gewisse Krankheitsprozesse der andern Systeme, bestimmte Veränderungen und Erkrankungen am Auge herbeiführen, oder mit denselben gleichzeitig sich entwickeln. Endlich prägen sich bekannte allgemeine Leiden des Gesamtorganismus mit unverkennbarer Deutlichkeit an den einzelnen Gebilden des Auges aus: sei es in der Weise, dass Ueberreste von diesen Leiden ihnen anhaften, sei es, dass sie Zerstörungen an sich tragen, die eben von diesen Zuständen herrühren. Ueberreste und Zerstörungen, die in der Regel erst durch die Untersuchung mit dem Augenspiegel zur Warnemung gelangen.

Für den Versicherungsarzt besonders wichtig sind die Beziehungen der Augen zu dem Zentralnervensysteme, die in den Lähmungen und Krämpfen der Augenmuskeln ihren Ausdruck finden.

Die Lähmungen der Augenmuskeln gehen in der Mehrheit vom N. Oculomotorius aus. Sie sind häufiger als die Faciallähmungen zentraler Natur. Doch auch die ätiologischen Momente der periferen Lähmung des N. Oculomotorius sind belastender als die des N. Facialis.

Es sollen hier nur einzelne der häufiger vorkommenden Lähmungen erwähnt werden.

Die Ptosis. Durch die Lähmung des Levator palp. sup. sinkt das obere Augenlid herab, so dass das Auge stets verdeckt bleibt. Da die Ptosis ebenso zentralen als periferen Ursprunges, aber auch habitueller Natur sein kann, so ist die Entscheidung für den Versicherungsarzt eine recht schwierige. Eine seit der Jugend bestehende Ptosis kann mit Recht als eine habituelle angenommen werden.

Der Strabismus. Durch Lähmungen der Drehmuskeln wird, je nachdem welcher Muskel ausser Funktion tritt, die Drehung des Auges nach einer bestimmten Richtung: nach aussen oder innen, nach oben oder unten behindert oder aufgehoben. Das Schielen ist in gewissen Fällen mit Doppelsehen verbunden. Sehr oft ist das Schielen nicht eine Folge von einer Lähmung, sondern von einer Insuffizienz der Muskeln und ist demnach belanglos. Strabismus in Folge rheumatischer Einwirkung ist stets periferer Natur.

Nystagmus. Das Augenzittern beruht auf einem klonischen Krampfe. In der Regel ist das ein rasch vorübergehender Zustand; oft aber auch angeboren und ist somit ganz unbedenklich. Nur in manchen Fällen ist der Nystagmus ein schwer belastendes zentrales Symptom, so bei multipler Sklerose des Gehirnes und des Rückenmarkes.

Eine grosse diagnostische Bedeutung haben die Krämpfe und die Lähmungen der Irismuskeln. Hier sind zu beachten: die Verengerungen, die Erweiterungen, die Ungleichheit der Pupillen und die reflektorische Pupillenstarre.

Die Pupillenverengung (Myosis) kann auf ein Zentralleiden bezogen werden. Sie gehört oft zu den ersten Erscheinungen, die bei der Tabes und der progressiven Paralyse zu Tage treten; sie kann auch als Zeichen des Morfinismus gelten.

Als physiologischer Zustand kommt eine eingengtere Pupille bei Greisen vor. Stärkere Myosis bei Personen unter fünfzig Jahren ist eben so pathologisch, als Mydriasis bei älteren Personen.

Die Pupillenerweiterung (Mydriasis) diese kann sich als ein Zentralleiden, oder als ein Zeichen hochgradiger Nervosität darstellen. Als physiologischer Zustand kommt sie bei Kindern vor.

Die Ungleichheit der Pupillen an beiden Augen lässt auf Zentralleiden, oder auf eine hochgradige Nervosität schliessen.

Die reflektorische Pupillenstarre. Der Iris kommen bekanntlich zwei Bewegungsarten zu: die Mitbewegung bei der „Accommodation“ und die reflektorische Bewegung beim „einfallenden Lichte“. Bei vorhandenen pathologischen Verhältnissen kann diese zweite Bewegungsart felen, während die erstere noch unbehindert ist; die Reaktion der Pupille auf das einfallende Lichte macht sich nicht geltend, die Pupille reagiert

darauf nicht, verengt sich dabei nicht. Dieser Zustand stellt sich als reflektorische Pupillenstarre dar und weist auf mehrere Krankheitszustände des Zentralnervensystemes, namentlich auf Tabes hin.

An diesen Veränderungen des Auges in Folge der behinderten Beweglichkeit seiner Muskeln, reihen sich jene Zustände des Bulbus, welche denselben hervortreiben. So Geschwülste, Tumoren. Bei der Basedowischen Krankheit ist der Exophthalmus ein Hauptsymptom.

Folgende Augenkrankheiten vergesellschaften sich oft mit Krankheitszuständen der anderen Organe:

Nezhautentzündungen. Diese lassen sich oft diagnostisch für Diabetes und Morbus-Brightii verwerten und erwecken nicht selten den Verdacht auf Syphilis. Nezhautblutungen weisen auf Sklerose hin.

Sehnervenentzündungen können bei Gehirngeschwülsten und andern zentralen Prozessen vorkommen.

Regenbogenhautentzündungen treffen oft mit den sekundären Erscheinungen der Syphilis zeitlich zusammen.

Katarakte im jugendlichen Alter, wenn die Trübung rasch fortschreitet und das Leiden beide Augen ergreift, lenken den Verdacht auf Diabetes.

Blepharadenitis, Pusteln an der Bindehaut, am Cornealsaume, weisen schon äusserlich auf Skrofulose hin. Die in der Tiefe des Auges auftretenden Erscheinungen der Skrofulose und der Syphilis sind nur durch den Augenspiegel auffindbar.

Die Beurteilung der Lähmungen und Krämpfe der Gesichts- und Augenmuskeln, so wie der am Gesichte wahrgenommenen Erscheinungen ergibt sich teils aus der Art und Weise wie diese Verhältnisse hier auseinandergesetzt wurden, teils aus den Gesichtspunkten, die bei der Besprechung des „Nervensystemes“ des Nähern dargelegt wurden.



C. Die Hörorgane

von Dr. A. Eitelberg in Wien.

Die chronische, eitrige Mittelohrentzündung. — Die pathologischen Folgezustände. — Polypen und Granulationen. — Perforation des Trommelfelles. — Die Untersuchung darauf. — Geheilte Mittelohrentzündung. — Die diffuse, chronische Entzündung des äusseren Gehörganges. — Die Exostosen des äusseren Gehörganges. — Chronisches Ekzem der Ohrmuschel. — Akuter und chronischer Mittelohrkatarrh. — Die Acusticusaffektion.

Wir können zu Versicherungszwecken die abnormen Zustände der Hörorgane einteilen: in solche, die jede Versicherung ausschliessen, und in solche, die eine Versicherung nur gegen höhere Prämie nach der I., II. oder III. G. Kl. gestatten.

Versicherungsausschliessend ist:

Die chronische, eitrige Mittelohrentzündung. Die akute Form derselben kommt schon deshalb hier nicht in Betracht, weil es selbstverständlich ist, dass man erst deren Ausgang abwarten wird, der übrigens in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger zu sein pflegt. Von jener aber besteht — trotz der enormen Fortschritte auf otologischem Gebiete während der letzten Dezennien — bis auf den heutigen Tag der Wilde'sche Ausspruch noch zu Kraft, „dass man nicht wisse, wie, wann und wo sie enden werde“. Und daran trägt hauptsächlich die heikle Nachbarschaft schuld, in welcher sich die Paukenhöhle befindet. Da sind vor Allem die Blutleiter, zumal der Sinus transversus, bezw. sigmoideus, ferner die Carotis an ihrer vorderen, der Bulbus venae jugularis an ihrer unteren Wand, auf welche die Entzündung leicht übergreifen und verhängnisvoll werden kann.

Dann aber sind es die Meningen und das Gehirn selbst, die sich gerne am Entzündungsprozesse beteiligen und so das Leben gefährden, ganz davon abgesehen, dass das eitrige Sekret der Paukenhöhle, auch ohne die soeben skizzirten Bahnen einzuschlagen, bisweilen direkt zur Pyämie oder Septikämie führt. Die chronische, eitrige Mittelohrentzündung muss geradezu eine heimtückische Erkrankung genannt werden, weil ihre bösen Folgen ein vielleicht scheinbar von Gesundheit strozendes Individuum mit Blizesschnelle hinzustrecken vermögen. Freilich, häufiger hat sie bereits deutliche Spuren in das Antlitz der Betroffenen gegraben: blasse, etwas gedunsene Gesichtshaut, Drüsenschwellungen, schwächliche Konstitution.

Die Diagnose der eitrigen Mittelohrentzündung ist nur nach einer genauen Untersuchung mittelst Ohrtrichters und

Reflektors zu stellen. Die Ansammlung eines eitrigen Sekretes im äusseren Gehörgange reicht lange hiezu nicht aus. Kann es sich doch in diesem Falle blos um eine diffuse oder auch — obgleich seltener — um eine umschriebene Entzündung des Meatus aud. ext. handeln. Nur unter einer Bedingung ist die eitrige Paukenkrankung auch ohne vorangegangene Ocularinspektion im Allgemeinen zu diagnostizieren: wenn nemlich die Absonderung schleimig-eitriger Natur ist, weil sie dann in der Tat von der Schleimhaut der Paukenhöhle und deren Nebenräume herkommen muss.

In der Regel wird der Versicherungsarzt mit dieser mehr allgemein gefassten Diagnose, die zur Ablenkung der Versicherung vollkommen ausreicht, sich begnügen; nur in manchen Fällen, namentlich dort, wo etwa ein abermaliger Versicherungsantrag derselben Person in Aussicht steht, wird die Untersuchung sich auch auf die durch den Krankheitsprozess sonst gesetzten Veränderungen erstrecken können. Schon den Sitz der Trommelfell-Lücke zu kennen, ist von grosser Wichtigkeit, da beispielsweise eine Durchlöcherung des Trommelfelles an dessen oberem Pole, in der sogenannten Membrana Shrapnelli, auf eine Erkrankung des Kuppelraumes hinweist, welche zu den schwersten Formen der eitrigen Mittelohrentzündung zählt. Der gedachte Raum beherbergt sehr häufig cholesteatomatöse Massen, und diese verschlimmern die Prognose um ein Beträchtliches.

Nur durch die Ocularinspektion ist es des weiteren möglich, die Anwesenheit von Polypen und Granulationen zu konstatiren, deren Ursprung allerdings in den meisten Fällen erst nach einer genauen Untersuchung mit einer feinen Sonde sichergestellt werden kann.

Wir müssen uns bei Besprechung der durch die eitrige Mittelohrentzündung bewirkten pathologischen Zustände begreiflichermassen eine gewisse Reserve auferlegen, doch erheischt es das beiderseitige (der Versicherungsgesellschaften und der zu Versicherten) Interesse, dass noch einige der hervorragendsten Momente an dieser Stelle näher beleuchtet werden.

Die Lücke im Trommelfelle wird auch für den minder Geübten bald zu erkennen sein, wenn sie ziemlich gross ist, das Trommelfell und die Paukenschleimhaut nicht besonders geschwellt sich zeigen und die Perforationsränder scharf markirt sind. Es gibt jedoch Trommelfelldefekte, die auch dem Auge

des Spezialisten im ersten Moment verborgen bleiben, selbst nachdem eine Ausspritzung und das Austrocknen des Ohres mit Wattetampons vorgenommen worden sind. Der Praktiker wird daher gut tun, bevor er die Reinigung des Ohres ausführt, sorgfältig darauf zu achten, ob nicht das Sekret einen pulsierenden Reflex oder eine oder mehrere Luftblasen aufweist. Diese zwei Symptome lassen zwar ganz ausnahmsweise eine andere Erklärung zu, der Untersuchungsarzt darf aber, auf sie gestützt, mit voller Beruhigung einen solchen Versicherungsfall ablenen. Wo auch diese Anhaltspunkte mangeln, empfiehlt es sich, eine Lufteintreibung — wenn eine solche bei Untersuchungen zu Versicherungszwecken überhaupt statthaft ist — nach Politzer's Verfahren zu machen oder den Valsalva'schen Versuch (forcirte Expiration bei Verschluss von Mund und Nase) ausführen zu lassen, während das als krank vermutete Ohr des zu Untersuchenden mit dem des Arztes durch das Otoskop verbunden ist. Man hört so — vorausgesetzt, dass eine Trommelfell-Lücke besteht — ein zischendes (Perforations-) Geräusch.

Auf die Weise wird man auch jene Lücken im Trommelfelle entdecken, welche nach Ablauf der eitrigen Mittelohrentzündung persistiren, ein Befund, der uns später noch beschäftigen wird. Andererseits wird durch die Luftdouche etwa in der Paukenhöhle vorhandenes Sekret in den äusseren Gehörgang befördert, und können jetzt auch Luftblasen, deren diagnostischen Wert wir oben erörtert haben, zum Vorschein kommen.

Noch einem stark in die Wagschale fallenden Symptome möchten wir eine kurze Bemerkung widmen: der Senkung der oberen Gehörgangswand. Jedesmal, wo wir ihr begegnen — sei es, dass sie durch lange Zeit andauert, oder häufig rezidiviert — ist der Verdacht begründet, dass der Warzenfortsatz am Erkrankungsprozesse mit teilnimmt. Es lassen sich dann in der Regel noch andere Belege für das Mitergriffensein desselben erbringen. Er ist zuweilen gerötet und geschwollen, immer mehr minder druckempfindlich. Trägt er gar schon eine Fistel, so wandelt sich der Verdacht in eine offenkundige Tatsache. Wir wollen aber gleich die Gelegenheit benützen und ausdrücklich betonen, dass auch Narben am Warzenfortsatze den Versicherungsarzt zu einer eingehenden Untersuchung des Hörorganes be-

stimmen sollen. Die äussere Vernarbung bürgt keineswegs dafür, dass auch die Entzündung in der Paukenhöhle ihren Abschluss erlangt hat.

Dies wären die Kardinalpunkte, welche der Vertrauensarzt einer Lebensversicherungsgesellschaft in erster Linie zu berücksichtigen haben wird, und die er, unabhängig von den Angaben des Untersuchten jederzeit aus eigener Anschauung zu ermitteln vermag. Ist überdies noch eine Facialisparese oder -paralyse zu konstatiren, und gesteht die betreffende Person ein, an Kopfschmerzen der korrespondirenden Seite und an Schwindel zu leiden und gegen Beklopfen der gleichnamigen Kopfhälfte empfindlich zu sein, so sind das ebenso viele gravirende Momente, die den betreffenden Fall als einen besonders ernsten charakterisiren.

Dagegen ist auf das Ohrensausen bei der eitrigen Mittelohrentzündung kein Nachdruck zu legen und aus dem Grade der Gehörsherabsetzung kein Rückschluss auf die Schwere des Grundübels gestattet.

Die bösartigen Neubildungen des Hörorganes können hier ausser Acht gelassen werden. Es versteht sich von selbst, dass sie ausgesprochen versicherungsfeindlich sind.

Abnorme Zustände, die eine Versicherung nach der I., II. oder III. G. Kl. gestatten:

Ist eine Mittelohrentzündung vollständig ausgeheilt, so bilden ihre Residuen, wie Narben, Verdikungen oder Verkalkungen des Trommelfelles niemals einen Ausschlussgrund, und tritt später einmal doch wieder eine Paukeneiterung auf, so ist man ebenso wenig berechtigt, von einem Rezidiv zu sprechen, wie zum Beispiele bei einer Pneumonie, wenn sie nach einem grösseren Zwischenraume dieselbe Person neuerdings befällt. Es liegt eben eine frische Erkrankung vor. Ganz anders verhält sich jedoch die Sache, wenn der Ohrenfluss schon seit Jahren wol aufgehört hat, der Substanzverlust im Trommelfelle aber unersetzt geblieben ist. Es wäre ein Unrecht, Leute wegen eines Trommelfelloches allein unbedingt zurückzuweisen. Jeder Ohrenarzt wird sich an eine Reihe von Fällen erinnern, in denen eine Perforation der Membrana tympani Jahrzehnte hindurch bestanden hat, ohne dass es jemals wieder zu einer Paukenentzündung gekommen wäre. Es haben indess auch die Versicherungsgesellschaften entschieden Recht,

wenn sie solche Personen nur nach der I. G. Kl. berücksichtigen, denn das Trommelfell ist ein Schutzwall gegen viele äussere Schädlichkeiten, und wo der fehlt, muss die grösste Vorsicht obwalten, wenn ein Wiederaufflakern der Entzündung hintangehalten werden soll. Die unscheinbarste Ursache: ein kühler Luftstrom, ein paar Tropfen kalten Wassers in's Ohr geraten, können von den traurigsten Folgen sein. Die mit einem Trommelfelldefekte Behafteten haben das Ohr stets durch einen Wattetampon gegen die Aussenwelt abzuschliessen und vor den Unbilden der Witterung sich sorgfältig in Acht zu nehmen.

In die I. G. Kl. einzureihen wäre die chronische diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges. Sie ist charakterisirt durch mässige Schwellung und Röte der Gehörgangswände, durch ein mehr weniger dikes, mit Epidermistrümmern untermengtes Sekret. Das Trommelfell ist in Folge der Aufquellung seiner Epidermisschichte von schmutziggrauer Farbe, keinen Lichtreflex darbietend, aber in seiner Continuität nicht gestört. Das Hörvermögen zeigt sich fast gar nicht oder doch nur in geringem Masse vermindert. Wir rangiren jedoch diese Erkrankungsform in die Gruppe der minderwertigen Versicherungsfälle, weil wir keine Garantie besitzen, dass der Entzündungsprozess nicht dennoch einmal in die tieferen Schichten des Trommelfelles, und durch diese bis in die Paukenhöhle vordringt.

Aus ähnlichen Gründen zählen wir hieher auch das chronische Ekzem des äusseren Gehörganges, dessen verengtes Lumen bei einer etwa hinzutretenden Paukenentzündung eine Eiterretention mit ihren bedrohlichen Consequenzen bewirken müsste. Dasselbe gilt von den entwickelten Exostosen im knöchernen Teile des äusseren Gehörganges, aus dem sich schon einfache Cerumenmassen unter dieser Voraussetzung nur sehr schwer entfernen lassen.

Die Exostosen des äusseren Gehörganges präsentiren sich als halbkugelige, mitunter gestielte Erhabenheiten von knochen-gelblichem Aussehen. Nur wenn der dünne Cutisüberzug aus irgend einem Grunde gerötet erscheint, könnte man einen Augenblick an polypöse Wucherungen denken. Allein, ein Betasten der Geschwülste mit der Sonde wird sofort die knochen-harte Konsistenz erweisen und den Irrtum rasch berichtigen. Es ist leicht zu verstehen, dass bei einer concomitirenden

eitrigen Paukenentzündung die Verengerung des äusseren Gehörganges durch eine knöcherne Neubildung sich noch unangenehmer fühlbar machen wird, als wenn dessen Wände ekzematös verdickt sind.

Auch das chronische Ekzem der Ohrmuschel kann, allerdings bei einer etwas strengeren Beurteilung, nach der I. G. Kl. bemessen werden. Es ist zwar richtig, dass das chronische Ekzem als solches, das Leben nicht unmittelbar gefährdet, man stirbt ja nicht daran. Und dennoch, wer würde die Garantie übernehmen wollen, dass nicht auf dem erkrankten Boden einmal ein schweres Uebel, sagen wir eine Gangrän ihren Sitz aufschlagen möchte.

Der chronische Mittelohrkatarrh kann je nach den Symptomen, der I. oder II. G. Kl. unterstellt werden. Natürlich ruht da wieder der Nachdruck auf der Chronizität. Von der akuten Form des Mittelohrkatarrhs gilt mutatis mutandis dasselbe, was wir von der akuten Mittelohrentzündung gesagt haben. Man wird auch in diesem Falle abwarten, ob es zur Heilung kommt, oder diese sich ungebührlich verzögert. Nicht, als ob man beide Erkrankungen für gleichwertig hielte. Wohl aber auch schon deshalb, weil es — allerdings äusserst selten — doch passiren kann, dass der akute Mittelohrkatarrh in eine akute Mittelohrentzündung umschlägt, und man braucht sich da blos an die obigen Ausführungen zu erinnern, um die Tragweite zu ermessen, welche diese Umänderung gewinnt.

Wir heben die wichtigsten Symptome hervor, die der akute Mittelohrkatarrh zu sezen pflegt. Die Gefässe längs des Hammergriffes sind injicirt, das Trommelfell erscheint matt und durchfeuchtet, doch nicht gerötet oder geschwollen. Oft sieht man das in der Pauke angesammelte Sekret gelblich durchschimmern, und ist dieses von seröser Beschaffenheit, so kann sein Niveau durch eine dunkle oder weisslich glänzende Linie markirt sein. Auskultirt man mittelst des Otokopes während einer Lufteintreibung in die Paukenhöhle, so vernimmt man dem eigenen Ohre nahe, klingende Rasselgeräusche. Bei einseitiger Affektion wird die auf den Scheitel aufgesetzte tönende Stimmgabel im kranken Ohre allein oder jedenfalls besser als in dem gesunden gehört. Ebenso wird sie per Knochenleitung deutlicher und länger percipirt als per Luftleitung. Das Hörvermögen ist stets vermindert.

Die Untersuchung mittelst der Stimmgabeln ist in gleicher Weise auch beim chronischen Mittelohrkatarrh zu üben. Das Trommelfell ist hier in der Regel eingezogen, der kurze Fortsatz des Hammers prominent, die hintere Falte stark ausgeprägt. Die Farbe des Trommelfelles bietet mannigfache Variationen. Sie ist bald matt, bald bläulichgrau, bald von Milchglastrübung. In der Membran wechseln fast immer verdickte Partien mit atrophischen Stellen ab. Zuweilen finden sich auch Kalkeinlagerungen in derselben u. s. w. Es ist auf so engem Raume nicht möglich, und es hätte auch gar keinen Zweck, alle die Wandelbilder vorzuführen, denen man beim chronischen Mittelohrkatarrh zu begegnen vermag. Aber einige allgemeine Erscheinungen müssen wir noch kurz berühren, so das Sausen, das bis zu einem Grade ansteigen kann, dass es den Patienten die Nachtruhe raubt und sie in der Ernährung herunterbringt. Derlei Kranke sind häufig auch von Kopfschmerzen und Schwindel geplagt.

Der Schwindel ist wol an und für sich nicht lebensbedrohend, aber er kann in gegebenen und in gewissen Situationen als solcher sich erweisen. Es wird daher bei gewissen Beschäftigungsarten eine Versicherungsaufnahme nur nach der I. oder II. G. Kl. zulässig erscheinen.

Bemerkt muss noch werden, dass die Träger eines chronischen Mittelohrkatarrhs bei chronischer Rhinopharyngitis in einem gewissen Masse zur eitrigen Mittelohrentzündung leichter incliniren, als gesunde Individuen.

Wir haben noch einer Erkrankung, die gleichfalls in die uns gegenwärtig interessirende Gruppe gehört, Erwähnung zu tun. Es ist dies die Acusticusaffektion. Auch sie geht häufig mit Ohrensausen und Schwindel einher, und für diesen gelten auch die oben eingeflochtenen Bemerkungen.

Ist jede Spur einer Hörwarnemung erloschen, so steht die Diagnose unerschütterlich fest. Wo aber ein Rest von Hörvermögen noch vorhanden ist, wird nur eine sorgfältige Funktionsprüfung im Zusammenhalte mit den ätiologischen Daten den gewünschten Aufschluss bringen. Von jenen Fällen jedoch, welche hart an der Grenze zwischen Mittelohrkatarrh und Hörnervanästhesie sich befinden und eigentlich eine Mischform darstellen, werden wir hier ohne Widerrede abstrahiren dürfen.

Was vorerst das ätiologische Moment anbelangt, wird man bei einer nach Infektionskrankheit, Scharlach, Diphtheritis, Meningitis cerebrospinalis etc. aufgetretenen Hörschwäche zunächst an eine Erkrankung des schallpercipirenden Apparates denken. Das negative Ergebnis der Ocularinspektion des Trommelfelles bei der Mehrzahl der Fälle wird uns in dieser Annahme bestärken, deren sicherste Stütze jedoch auf der Stimmgabeluntersuchung basiert. Umgekehrt als bei einer Alteration des schalleitenden Apparates wird bei der Acusticusaffektion die an einem Schädelknochen aufgesetzte, tönende Stimmgabel mit dem kranken Ohre schwächer gehört und überwiegt jedesmal die Luftleitung über die Knochenleitung. Nur im Bezug auf alte Leute büsst dieser differential-diagnostische Behelf insoferne an Bedeutung ein, als bei diesen schon physiologisch die Knochenleitung vermindert, in manchen Fällen ganz aufgehoben erscheint. Die verkürzte Perceptionsdauer und die rasche Ermüdung des Hörnerven für die tönende Stimmgabel sprechen nachdrücklich für eine Erkrankung des Acusticus. Die Diagnose muss aber stets — wir wiederholen es — auf der Summe aller Untersuchungsergebnisse fassen.

Dass in unserer Darstellung manche Lücke klafft, gestehen wir zu; im Wesentlichen dürfte sie jedoch den Bedürfnissen des Versicherungsarztes genügen.



Fünfter Abschnitt.

Der Hals und seine Organe.

Der Hals.

Form und Umfang des Halses. — Der Schiefhals. — Die Gegenden des Halses.

Die Form. Der Hals verdankt seine Form jenen Körperabschnitten, mit denen er sich verbindet, also dem Kopfe und dem Brustkorbe. Namentlich dieser Letztere ist es, welcher auf die Form des Halses ganz besonders einwirkt. Der untere Teil des Halses nemlich, der an den Schlüsselbeinen seine Begrenzung findet, gehört so eigentlich der oberen Brustapertur, d. h. dem Schultergürtel an; jenachdem nun dieser geformt ist und je nach dem Bau des Brustkorbes wird auch der Hals sich formen. Ein Brustkorb, der mehr gestreckt sich aufbaut, der schlankgeformte Brustkorb, bringt eine stärkere Abdachung der Schlüsselbeine und der oberen Rippen mit sich, wodurch die Schultern tiefer zu stehen kommen. Von einem solchen Brustkorb hebt sich der Hals in allmäliger Schweifung ab, er wird demgemäss lang und schlank sich darstellen. Ist die Längsrichtung des Brustkorbes stärker ausgeprägt, ist der Brustkorb dabei schmal, enge, an den Seiten abgeplattet und sind die Rippen steil gerichtet, so sinkt der Schulterblattgürtel noch tiefer herab und der Hals erhält dabei eine auffallende Länge; er wird, da bei einem solchen Baue gewöhnlich eine mangelhafte Ernährung plazgreift, auch als mager, dünn und abgezert sich erweisen. Bei einem untersezten Körperbau, wo der Brustkorb in die Quere sich ausweitet, ist die Abdachung der obern Brustapertur eine weit geringere, wodurch die Schultern sich heben und hinaufragen. Der Hals hebt sich nicht wellig, nicht allmällig sondern mehr winkelig, in ausgesprochenen Fällen im rechten Winkel ab und sinkt gewissermassen fast in den Brustkorb ein; er erscheint dadurch kürzer und entsprechend der gewöhnlich bei solchem Baue stattfindenden Völle auch dicker.

Der grössere Umfang des Halses, in so weit derselbe noch innerhalb der physiologischen Grenze sich befindet und nicht von Tumoren bedingt ist, rührt zumeist von einer stärkeren Fettablagerung, als Teilerscheinung der allgemeinen Fettigkeit her. Derselbe kann daher für sich allein keine besondere diagnostische Bedeutung beanspruchen, am wenigsten lässt er sich als mitschuldigen Teil einer zu erwartenden Apoplexie beizichtigen. Die oft gleichzeitig vorhandene stärkere Rötung seiner Haut ist warscheinlich von der Lebensweise bedingt, die eben eine solche übermässige Fettigkeit hervorruft. Eine gewisse Fettanhäufung findet bei wolgenärten Personen in mittleren Altersjahren gewöhnlich statt. Die stärkere Fettwulstung am Kinn — Doppelkinn — ist bekanntlich ein Zeichen der Behäbigkeit.

Diese Verhältnisse sind es, welche beim schlanken, langen und dünnen Halse, oder beim kurzen, eingesunkenen und dicken Halse zu berücksichtigen sind. Sie vervollständigen das Bild von dem Körperbau und der Körperentwicklung.

Der Schiefhals (Torticollis) ist von dem Verhalten des Kopfnickers bedingt. Dieser zieht bei seiner normalen Kontraktion den Kopf nach der Seite seiner Wirksamkeit zur Schulter ab, hebt dabei das Kinn und dreht es nach der entgegengesetzten Seite. Bei seiner durch abnorme Zustände herbeigeführten andauernden Kontraktur, wird auch die Haltung des Halses und des Kopfes andauernd schief sein.

Eine Torticollis, die nicht hochgradig ist und die keine Drukerscheinungen an den Gefässen merken lässt, beeinträchtigt in der Regel die Versicherungsfähigkeit nicht.

Die Gegenden des Halses, die gewisse Anhaltspunkte für die Untersuchung bieten, sind:

Die Jugulargegend. Die Fossa jugularis ist bei den mageren, abgezerten Personen eine tiefe Grube; sonst erscheint sie ausgefüllt.

Die Unterkiefergegend. Hier befindet sich der Plexus lymphaticus, wo die skrofulösen Anschwellungen der Lymphdrüsen zumeist zu finden sind.

Die Fossa supraclavicularis zeigt sich von besonderer Wichtigkeit. Da hier die Lungenspitzen sich befinden, so muss die Perkussion der Lunge bis hieher, also bis über dem Schlüsselbeine vorgenommen werden. Bei Schrumpfung der Lungen-

spitzen sinken diese Gegenden tief ein und stellen sich als förmliche Gruben dar. Ist eine solche grubenförmige Vertiefung nur auf der einen Seite des Halses vorhanden, oder auch nur daselbst stärker ausgeprägt, so ist dies als ein besonders ungünstiges Merkmal zu betrachten. Doch auch die ungewöhnliche Ausfüllung dieser Gegenden kann pathologisch für Emphysem der Lunge gedeutet werden.

Man muss sich aber immer gegenwärtig halten, dass einerseits eine starke Abmagerung die Gruben vertieft erscheinen lässt, anderseits eine starke Fettpolsterung dieselben voll ausfüllen kann.

Die Organe des Halses.

Die Schilddrüse. — Der Kehlkopf.

Die Schilddrüse.

Der Kropf, Bläh Hals, Neubildungen. — Beurteilung.

Der Kropf stellt sich entweder als Hypertrophie der Schilddrüse oder als ein Neugebilde dar.

Die Hypertrophie der Schilddrüse ist von parenchymatöser- oder gelatinöser Beschaffenheit; Unterschiede, die nur histologisch nachweisbar sind. Der Versicherungsarzt wird nur angeben können, ob der Kropf hart oder weich sich anfült.

Der Bläh Hals ist nichts Anderes als eine diffuse Anschwellung der Schilddrüse. Die Anschauung, dass der Bläh Hals auf Anschwellungen — Stauungen — der tiefern um die Schilddrüse herum liegenden Venen beruht und somit auf Kreislaufstörungen bezogen werden muss, mag nur für einzelne Fälle zutreffend sein.

Die Neugebilde stellen sich als Gallert- oder Cysten kropf, und als Carcinom dar. Eine genaue Unterscheidung wäre nur histologisch möglich. Der tastende Finger wird meist nur die weiche oder cystenartige Beschaffenheit, und auch das nicht immer, feststellen können. Doch wird es dem erfahrenen Versicherungsarzte in den meisten Fällen gelingen, durch Beachtung der andern Erscheinungen eine Entscheidung über die Bösartigkeit des Tumors zu treffen.

Die Anschwellung der Schilddrüse betrifft entweder die Seitenlappen oder auch den mittleren Lappen. Der Kropf ist entweder einfach oder mehrfach, getrennt, gelappt und knollig.

Die Grösse ist verschieden, vom unbedeutenden Vorsprunge bis zu dem, den Hals wallartig umgebenden mächtigen Tumor. Jedoch steht die Grösse des Kropfes durchaus nicht immer im Verhältniss zu dessen Gefährlichkeit. Erst die Richtung des Kropfes bedingt die Gefar. Ein nach unten und innen hinter dem Sternum wachsender Kropf ist im hohen Grade gefardrohend, selbst wenn derselbe zur Zeit noch so gering an Umfang ist. Ein solcher kann durch Druk auf die Luft-röhre allmählig oder plötzlich lebensgefährdend einwirken.

Zu bemerken ist, dass jeder Kropf, selbst der, welcher jahrelang unverändert fortbesteht, unvermutet sich vergrössern und auch eine andere Richtung einnehmen kann. Der endemische Kropf wird als minder gefährdend betrachtet.

Bei einem Kropfe ist zu beachten, ob ein Kropfasthma, ob Lufthunger vorhanden ist, ob eine Kropfstimme sich hörbar macht und ob Stauungserscheinungen an den Gefässen sich zeigen. Ob und welche Beschwerden der Kropf veranlasst und endlich, ob er im Wachsen ist oder schon seit Jahren den Abschluss fand. Bei der Schilderung sind die dem Gesichte und Tastgefühle zugänglichen Erscheinungen besonders hervorzuheben. So die harten, knolligen Vortreibungen, wenn sie nicht etwa bei alten Personen von Verkalkungen, die nicht belastend sind, her-rühren. Ferner die besondere Spannung der Kapsel; die Unverschiebbarkeit des Tumors, welche als erschwerende Zustände zu betrachten wären.

Im Allgemeinen kann man bei der Beurteilung der Kropfgebilde von dem Gesichtspunkte sich leiten lassen, dass nicht so sehr die Beschaffenheit des Kropfes, ob Struma parenchymatosa oder cystica, auf die Versicherungsfähigkeit vom Einflusse ist, als vielmehr die hier besprochenen Erscheinungen, von deren Vorhandensein oder von deren Abgehen es abhängt, ob die Person noch den unbedingten, den minderwertigen oder schlechten Versicherungsfällen angereiht werden kann. Zu den Lezteren gehören alle jene Kropfgebilde, die eine bedrohliche Richtung haben; dann solche, die durch abnorme Zustände und Erscheinungen ihre schädlichen Einwirkungen deutlich markiren, und endlich solche, die mit schlechter Ernährung und mit misfarbener Hautdeke sich paaren.

Der Kehlkopf

von Dr. Michael Grossmann, Universitäts-Dozent in Wien.

Die Atmung. — Die Stenose des Larynx. — Geheilte Stenosen. — Die Stimmbildung. — Die Heiserkeit. Chronischer Kehlkopfkatarrh. — Chronischer Larynxkatarrh. — Stimmbandlähmungen. — Störungen der Innervation: Hysterie, Aortenaneurysmen, Carcinome, rheumatische Lähmungen, Syphilis, Tuberculose.

Der zweifachen Funktion dieses Organes entsprechend, hat auch die Untersuchung nach zwei Richtungen ihr Augenmerk zu richten. Es muss geprüft werden, ob die Atmung einerseits und die Stimmbildung andererseits anstandslos vor sich geht.

Jede krankhafte Veränderung im Larynx wird in der Regel entweder die freie Atmung oder die Phonation beeinträchtigen. In vielen Fällen wird dieselbe Schädlichkeit nach beiden Richtungen sich geltend machen.

Ob dem Ein- und Ausströmen der Luft bei der Respiration ein Hindernis im Kehlkopfe oder in der Trachea entgegensteht, lässt sich wol in der Mehrzahl der Fälle, ohne weitere Spiegel- oder sonstige Untersuchung einzig und allein durch das Gehör, durch das so charakteristische, gewöhnlich weithin vernembare „Stenosengeräusch“, feststellen.

Wenn es auch zweifellos feststeht, dass mit mässiger Verengerung der grossen Luftwege die Kranken hie und da, und unter gewissen Umständen ein hohes Alter erreichen können, so möchten wir doch die Stenosen des Larynx und der Trachea im Allgemeinen entschieden als Ausschlussgrund von der Versicherung bezeichnen.

Gewiss sind diese Verengerungen der Behandlung nicht durchwegs unzugänglich und die Chance der Heilung in allen Fällen, wo die bedingende Ursache beseitigt werden kann, — wie der Druck auf die Trachealwand durch eine parenchymatös erkrankte Schilddrüse, die Verengerung der Larynxlichtung durch Narbenstränge oder narbige Verwachsung gegenüberliegender Teile, durch eingedrungene fremde Körper, durch gutartige auf dünnem Stiele aufsitzende Polypen etc. — eine ziemlich grosse; allein selbst unter diesen Umständen, hat die relativ günstigere Prognose zur Voraussetzung, dass sich der Kranke einer consequenten Behandlung tatsächlich unterzieht, dass diese von fachkundiger Seite in zweckentsprechender Weise durchgeführt wird, und dass sich im Verlaufe der Behandlung kein unerwarteter, den Heilerfolg gefährdender Zwischenfall ereignet.

Bei so vielen Vorbedingungen liegt es in der Natur der Sache, dass auch die Prognose keine sichere sein kann, und dass es demnach geboten erscheint, Fälle von Stenosen des Larynx oder der Trachea von der Versicherung auszuschliessen.

Von diesem Standpunkte ausgehend, würde es also vollständig genügen, auf das Vorhandensein eines Stenosen-geräusches hinzuweisen, um die Ablenung zu motiviren; denn bei einer noch bestehenden Stenose ist das Ergebnis einer laryngoskopischen Untersuchung insoferne ganz belanglos, als der Versicherungsantrag unter allen Umständen zurückzuweisen ist.

Die Kenntnis des aetiologischen Momentes gewinnt aber an Wichtigkeit, wenn ein mit Kehlkopf- und Luftröhrenverengerung behafteter, von der Versicherung bereits zurückgewiesener Mensch, nach erfolgreich durchgeführter Behandlung sich um die Versicherung abermals bewirbt. Hier ist es wol von entscheidender Wichtigkeit zu wissen, wodurch die nunmehr zur Heilung gelangte Stenose bedingt gewesen ist. Aus diesem Grunde ist es in jedem Falle wünschenswert, nicht allein das Symptom, sondern auch seine veranlassende Ursache, ohne Rücksicht darauf, dass die Ablenung von vorneherein beschlossen ist, in zweifelloser Weise festzustellen.

Compressions-Stenosen, bedingt durch Carcinom, Lymphosarcom, Aneurysmen etc.; oder endolaryngeale Verengerungen, hervorgerufen durch Perichondritis tuberkulosa, durch Sclerom, Lupus, Lepra u. s. w. werden den Untersuchungsarzt wol ein zweitesmal aus naheliegenden Gründen nicht wieder beschäftigen. Hingegen ist es durchaus nicht ausgeschlossen, dass jene Fälle, welche einer Behandlung und Heilung zugänglich sind, früher oder später ihre Versicherung neuerdings anstreben und durch den veränderten Zustand gewissermassen ein Anrecht gewonnen haben, dass ihre Aufnahme einer abermaligen Erwägung gewürdigt werde. Die subchorditischen Schwellungen, die sogenannte Chorditis vocalis hypertrophica inferior, führen gar nicht selten zu einer so hochgradigen Verengerung des Larynx, dass es zur Tracheotomie kommt. Im weiteren Verlaufe kann aber dieser Zustand spontan und bleibend ausheilen und wenn sonst nichts vorliegt, ist in solchen Fällen auch kein Grund vorhanden die Aufnahme abzulehnen. Es wäre nur darauf zu achten, ob die stenotischen Erscheinungen nicht allzulange bestanden und auf

das Herz keine bleibende Schädigung ausgeübt haben. In diesen, sowie in allen anderen Fällen von geheilten Stenosen ist das Herz sorgfältig zu prüfen, und insbesondere darauf zu sehen, ob nicht der Puls sehr beschleunigt, klein und unregelmässig ist.

Auch die durch Perichondritis syphilitica bedingte Stenosen können durch eine antiluetische Behandlung, ja selbst spontan ausheilen, ebenso können die Verengerungen, welche durch, nach angeborener oder adquirirter Syphilis, zurückgebliebene Narben hervorgerufen wurden, durch die mechanische Dilatation der Heilung zugeführt werden.

Diese Formen geheilter Stenosen sind aber, schon mit Rücksicht auf das Grundleiden und der, nie mit Sicherheit ausschliessenden Möglichkeit einer Rezidive, nur unter Einteilung in die II. G. Kl. aufzunehmen.

Auch jene Fälle, bei welchen die üppig wuchernden, den Larynx obturirenden Papillome durch Operation beseitigt wurden, können, wegen der möglichen Rezidive nur bei einer Einteilung in die II. G. Kl. zur Aufnahme zugelassen werden; es sei denn, dass schon 1—2 Jahre seit der Operation ohne Rückfall verstrichen sind.

Am günstigsten können jene Stenosen beurteilt werden, welche durch eingedrungene fremde Körper bedingt waren, vorausgesetzt dass die Entfernung derselben noch rechtzeitig erfolgt ist, ehe Herz und Lunge einen bleibenden Schaden erlitten haben.

Wir wollen nun das zweite Symptom, auf welches wir bei Untersuchung des Kehlkopfes zu achten haben, d. i. die Stimmbildung in Betracht ziehen.

Es muss vor Allem betont werden, dass die Sonorität der Stimme schon innerhalb der physiologischen Grenze, grossen Schwankungen unterliegt. Wir begegnen gar nicht selten klang- und farblosen Stimmbildungen, welche im gewöhnlichen Leben geradezu als heiser bezeichnet werden, ohne dass denselben eine nachweisbare Krankheit zu Grunde läge. Andererseits können die Ausfallserscheinungen der Stimme, selbst bei weitgehenden pathologischen Veränderungen im Kehlkopfe so minimal sein, dass sie selbst dem geübten Ohre leicht entgehen.

Auf Grund dieser Erfahrungen wäre es eigentlich angezeigt, dass die laryngoskopische Untersuchung in jedem Versicherungs-

falle, auch wenn keine auffallende Erscheinung hiezu herausfordert, vorgenommen werde.

Eine Schädigung der Stimmbildung kann zunächst durch mechanische Momente bedingt sein. Die Motilität der Stimmbänder kann durch eingedrungene und festgehaltene fremde Körper, durch gut- und bösartige Geschwülste, durch Narben eingeschränkt werden. Es ist selbstverständlich, dass jene Fälle wo die Heiserkeit durch fremde Körper bedingt ist, oder wo es sich um Narbenbildungen handelt, die nicht gleichzeitig zu einer Stenose Anlass geben, und die nicht von einem noch nicht abgelaufenen Prozesse — Syphilis — herrühren; ferner wo es sich um isolirt stehende, dünnstielige Polypen handelt, die Aufnahme selbstverständlich nach zweifellos durchgeführter Heilung anstandslos zulassen. Weniger günstig sind die Papillome, die diffusen, oder warzenartige Neubildungen und pachydermischen Wucherungen auf der Interarytaenoidfalte oder am Processus vocalis.

Einen absoluten Ausschliessungsgrund geben, wie wol nicht weiter betont zu werden braucht, die malignen Neoplasmen, welche sich frühzeitig dadurch kenntlich machen, dass sie, kaum dass die ersten Spuren einer Wucherung auftreten, und noch ehe man eine Niveaudifferenz an den Stimmbändern mit aller Bestimmtheit warnemen kann, zu einer Lähmung der erkrankten Seite führen.

Eine Reihe von akuten Krankheiten, welche zur Heiserkeit, ja selbst zur Aphonie führen, wie der in der Regel mit Fieber einhergehende akute Larynxkatarrh, die Laryngitis diphtheritica crouposa und erysipelatosia wird aus naheliegenden Gründen dem Versicherungsarzte kaum je zur Entscheidung vorliegen. In der Regel wird es sich um chronische Zustände handeln, die er bezüglich ihrer Aufnahmefähigkeit zu beurteilen haben wird. Von den hieher gehörigen Fällen erscheint uns der chronische Kehlkopfkatarrh, vom Standpunkte einer abzuschliessenden Versicherung als der wichtigste Befund. Die anderweitigen, gleichfalls chronischen Erkrankungen, wie Tuberculose, Lupus, Lepra, Sclerom, geben ja eine gebundene Marschroute; die sind alle entschieden abzuweisen. Selbst die Syphilis im Kehlkopfe, wenn sie weitgreifende Zerstörungen angerichtet hat, kann nur unter Einreihung in die II. oder III. G. Kl. zur Aufnahme empfohlen werden, und da erst, wenn

der Prozess allem Anscheine nach bereits zum Stillstande gekommen ist.

Anders steht aber die Sachlage beim chronischen Larynxkatarrh. Hier muss erst entschieden werden, wodurch dieser Zustand bedingt ist, welchen Grad er bereits erreicht hat, und ob die Möglichkeit einer Heilung gegeben ist.

Wir müssen hier zunächst einschalten und können es nicht genug scharf betonen, dass eine einseitige Erkrankung des Kehlkopfes immer auf ein weit ernsteres Leiden hindeutet, als das totale Ergriffensein dieses Organes. Ein akuter oder chronischer Katarrh wird kaum je unilateral auftreten, hingegen wird nicht selten die Syphilis, Tuberculose, Carcinom des Kehlkopfes mit einer mässigen Rötung und Schwellung des einen Stimmbandes einsetzen.

Unter allen Umständen bleibt es ein verdächtiges Moment, wenn ein Kehlkopfkatarrh jahrelang besteht und nicht ausheilen will. Selbst in jenen relativ günstigsten Fällen, wo die Krankheit nur deshalb sich hinzieht, weil die Schädlichkeit fortwirkt, wie bei Leuten, die viel zu sprechen und zu schreien haben, und der chronische Kehlkopfkatarrh sich gewissermassen als Berufskrankheit entwickelt, möchte ich zur Vorsicht mahnen. Das Ueberanstrengen dieses Organes führt ja zweifellos wie dies bei Sängern, Lehrern, Kanzelrednern so häufig zu beobachten ist, zu einem Irritationszustand des Larynx, der sich in einer leichten Rötung und mässiger Parese der Stimmbänder kundgibt. Bei gesunden Individuen wird dieser Zustand jedoch nur ein vorübergehender sein, und eine kleine Ruhepause wird hinreichen, um die Norm herzustellen. Auch wird sich das Organ nach und nach an die erhöhte Anforderung gewöhnen. In der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle, wo dies nicht geschieht, liegt ein weiteres schädliche Moment in dem Gesamtzustand des Individuums zu Grunde; eine mangelhafte Ernährung in Folge von Diabetes, von einer Lungen- oder Magenkrankheit, oder in Folge einer grösseren Empfindlichkeit des Kehlkopfes wie bei Trinkern und starken Rauchern, endlich bei Syphilitischen. Alle diese Möglichkeiten müssen in Erwägung gezogen werden, wenn wir im gegebenen Falle die Bedeutung einer durch chronischen Kehlkopfkatarrh bedingten Heiserkeit, vom Versicherungsstandpunkte abzuschätzen haben. Zur grössten Vorsicht mahnen jene Fälle, bei denen es in Folge des chronischen Katarrhs

bereits zu Erosionen oder gar zu seichten Geschwürsbildungen gekommen ist.

Eine wichtige Gruppe bildet jene Form der Heiserkeit, welche durch Störungen der centralen oder der periferen Innervation des Kehlkopfes bedingt sind. Hieher gehören auch jene funktionellen Erkrankungen des Zentralnervensystems, welche unter dem Sammelnamen Hysterie zusammengefasst werden. In letzterem Falle werden wir fast ausnahmslos die Ausfallserscheinungen bilateral vorfinden, und in der Regel wird es sich nur um mehr weniger hochgradige Paresen und kaum je um totale Paralysen handeln. Eine weitere charakteristische Eigentümlichkeit der hysterischen Paresen der Stimmbänder besteht darin, dass sie urplötzlich spontan schwinden und wieder auftreten können. Im allgemeinen erscheinen diese hysterischen Zustände im Kehlkopfe in zwei Formen. Am häufigsten sieht man eine hochgradige Einschränkung der Beweglichkeit der Stimmbänder sowol bei der Ad- wie bei der Abduction. Bei Phonation bleibt eine weitklaffende Glottis offen. Dementsprechend besteht eine hochgradige Heiserkeit und in Folge der mangelhaften Oeffnung der Stimmrize in der Phase der Inspiration, ein mässiger Grad von Atembeschwerden.

Bei der zweiten selteneren Form sieht man eine prompte Beweglichkeit der Stimmbänder und trotzdem besteht eine totale Aphonie. Im Gegensatze zu den hysterischen Lähmungserscheinungen sind jene Stimmbandparalysen, welche bei periferen oder zentralen Erkrankungen des Nervensystems auftreten, in der Regel unilateral. Bei diesem Befunde müssen wir stets zu erforschen trachten, wodurch der N. recurrens laryngis, sei es in seinem periferen Verlaufe oder an seinem zentralen Ursprunge geschädigt wurde. Tatsächlich wird in vielen Fällen eine Stimmbandlähmung die erste Erscheinung sein, welche auf das Vorhandensein eines Aortenaneurysma, eines Oesophaguscarcinom oder auf den Beginn eines Leidens im Zentralnervensystem — Bulbärparalyse, Tabes — frühzeitig, ehe noch die anderweitigen klinischen Erscheinungen deutlich ausgesprochen sind, aufmerksam macht.

Nur äusserst selten wird eine Stimmbandlähmung durch myopathische Prozesse bedingt, und wir besitzen auch kein differentialdiagnostisches Mittel, um diese Form von den anderen zu unterscheiden. Wenn also auch die soeben erwänte, so-

genannte rheumatische Stimmbandlähmung im Ganzen eine günstige Prognose zulässt, so hat dennoch, mit Rücksicht auf die soeben hervorgehobenen Schwierigkeiten in der Differentialdiagnostik, die Regel zu gelten, dass alle Fälle von Stimmbandlähmungen von der Aufnahme auszuschliessen sind. Der negative Befund, bei der Erforschung des aetiologischen Momentes ist kein verlässliches Zeichen für das Vorhandensein einer myopathischen Lähmung, denn substernale Kröpfe, Aneurysmen an gewissen Stellen der Aorta, Drüsenschwellungen, leichte Infiltrate und Metastasen in der Nähe des N. laryngeus inferior können umso leichter übersehen werden, als sie oft gar keine perkutorische oder auskultatorische Erscheinungen bieten.

Die laryngoscopische Untersuchung gibt uns also nicht allein über den jeweiligen Zustand des Kehlkopfes die erwünschte verlässliche Auskunft, sondern bietet uns auch in vielen Fällen, wo alle anderen Untersuchungsmethoden versagen, wichtige und bedeutungsvolle Aufschlüsse von allgemeinem diagnostischen Wert.

Welche klinische Schlussfolgerungen sich bei einer Stimmbandlähmung ergeben, haben wir bereits angedeutet. Es erscheint uns aber auch zweifellos, dass auch die Frage, ob eine syphilitische Infektion im gegebenen Falle im Widerspruche mit der Angabe der zu untersuchenden Person stattgefunden habe, und ob der Prozess bereits abgelaufen sei, wol durch keine der zur Stunde üblichen Untersuchungsmethoden bestimmter und verlässlicher zu beantworten ist, wie durch die Spiegeluntersuchung des Larynx, der Nasen- und Rachenhöhle. Es können schon alle Erscheinungen an der Hautoberfläche und im Drüsen-symptome geschwunden sein, und man findet noch immer an den genannten Gebilden der ersten Luftwege, Epitelialtrübungen, Rhagaden, psoriatische Zustände, Substanzverluste, Perforationen, partielle Schwellungen, hartnäckige Katarrhe, seichte Ulcerationen etc. als untrügliche Zeichen von einer bestandenen oder noch weiter bestehenden Syphilis.

Nicht minder wichtig sind die Anhaltspunkte, welche einzelne Kehlkopferscheinungen bei beginnender Tuberkulose bieten. Eine leichte Rötung und Erosion eines Stimmbandes, welches ohne auffallende Stimmstörung einhergehen kann, namentlich aber eine, wenn auch nur ganz oberflächliche Ulceration an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand, also an der

Interarytaenoidfalte, kann mit äusserst seltenen Ausnamen, als sicheres Kennzeichen einer bestehenden Tuberkulose selbst dann angesehen werden, wenn die phisikalische Untersuchung der Lunge nicht die allergeringsten Anhaltspunkte für eine solche Annahme bieten sollten.



Sechster Abschnitt.

Der Brustkorb und seine Organe.

Die Weichteile. — Das Knochengerüste: Rippen, Brustbein, Wirbelsäule. — Die Gegenden des Brustkorbes. — Die Formabweichungen. — Die Verbildungen: die rachitische Hühnerbrust, enge Brustform. — Die Verkrümmungen: Rundrüken, Alterskyphose, rachitischer Höker, Spizhöker. — Die Lordose. — Die Skoliose. — Die Ausdenungen; die Vorwölbungen; die Einsenkungen und Vertiefungen. — Beurteilung.

Der Brustkorb.

Die Bestandteile und die topographischen Verhältnisse des Brustkorbes.

Die Weichteile.

Die Haut ist am Brustbeine und an der Wirbelsäule fester angeheftet, als am übrigen Brustkorbe, wo sie leicht verschiebbar ist, ist reich an Schweiss- und Talgdrüsen und stark mit Fett durchsetzt. Am Rücken erscheint die Haut dicker und zwar nicht so sehr der stärkeren Fettpolsterung wegen, als in Folge der grösseren Dichte ihres Gewebes daselbst. Am Sternum ist sie fettärmer, daher dasselbe grubenartig vertieft erscheint, wenn die Umgebung eine stark ausgebildete Muskulatur und bedeutende Fettpolsterung aufweist.

Die Muskulatur. Die eigentlichen Brustmuskeln sind die Musculi intercostales; die übrigen Muskelschichten dienen nur zum kleinen Teile für die Bewegungen des Brustkorbes selbst; doch sind sie es, die im Vereine mit der Haut und dem Fettpolster die Form, die Gestalt und die Umrisse des Brustkorbes bedingen. Das mehr rundliche Skelet erscheint dadurch flacher, breiter und weiter.

Beide Brustmuskeln, der Pectoralis major und minor, bilden zusammen die vordere Grenze der Achselhöhle. An der hinteren Seite erlangt der Brustkorb d. h. der Rücken durch die Muskulatur der Schulterblätter und des eigentlichen Brustkorbes, sowie durch die etwas dickere Haut eine bedeutende Mächtigkeit, so dass bei einem gut genärten Brustkorbe die einzelnen Skeletteile nicht sichtbar und nur unvollkommen fühlbar sind.

Die Beschaffenheit der Weichteile des Brustkorbes ist für die Beurteilung des Ernährungszustandes von besonderer Wichtigkeit. Der gut ausgepolsterte Brustkorb wird uns im Vorhinein zu Gunsten des Versicherungsfalles einnehmen u. zw. derart, dass dadurch selbst ein von Haus aus etwas verbildeter Brustkorb noch einen gewissen Anwert erlangt, während der dürftig ausgestattete Brustkorb in uns gewisse Bedenken erregen wird, selbst bei verhältnismässig noch guter Beschaffenheit der Weichteile des übrigen Körpers. Die durchschimmernden Venen an der vorderen Brustfläche und am Rücken, werden diagnostisch viel ungünstiger gedeutet werden, als etwa die Venenausdenungen an den untern Extremitäten, die immerhin auch lokalen Ursprunges sein können.

Das Knochengerüste.

Die Rippen. Der Knochen- und Knorpelteil, aus welchen eine Rippe sich zusammensetzt, haben nicht die gleiche Verlaufsrichtung: der Knochenteil ist nach abwärts, der Knorpelteil nach aufwärts gerichtet und steigt zu seiner Ansatzstelle am Brustbeine im Bogen auf. Die vorderen Enden der Rippenknochen u. zw. von der dritten bis zur elften Rippe liegen daher tiefer als die Ansatzstellen ihrer Knorpel an dem Brustbeine. So entspricht beispielsweise das vordere Ende des fünften Rippenknochens, ungefähr der Höhe des Sternalendes des sechsten Rippenknorpels. Ein Umstand, der bei der Zählung der Rippen wol zu beachten ist. Es empfiehlt sich bei der Zählung derselben den Verlauf der Knorpelenden tastend zu verfolgen.

Ein abnormer Verlauf der Rippen, die am Rücken mit stark konvexen Bogen vorspringen und in die Seitenflächen des Brustkorbes nicht mit normaler sanfter Biegung, sondern mit einer stark winkeligen Krümmung übergehen, trägt mit zur Bildung der „rachitischen Brustform“ bei.

Der Uebergang der Handhabe in den Körper des Brustbeines kennzeichnet sich durch eine quere Leiste. Der Uebergang des Körpers in den Schwertfortsatz ist von einem konkaven Rande umschrieben. Diese Stellen geben genau den Ort an, wo die Rippenknorpel sich ansetzen. Mitunter geht das Manubrium in das Corpus sterni nicht flächenartig, sondern stark gebogen über, d. h. Manubrium und Corpus bilden zusammen einen Winkel, den sogenannten „Angulus Ludovici“.

An den konkaven Rand der Verbindungsstelle zwischen Körper und Schwertfortsatz setzt sich der Knorpel der siebenten Rippe an. Zugleich ist hier der Anheftungsort des Brustbeinanteiles des Zwerchfelles.

Das kielartige Vorspringen des Brustbeines, ist ein Hauptmerkmal der „rachitischen Brustform“.

Die Wirbelsäule kiert ihre Wölbung am Halse nach vorne, am Brustkorbe nach hinten, an der Lende abermals nach vorne, um schliesslich in der Kreuzgegend nach hinten sich auszubiegen. Sie ist also in den Brust- und Kreuzsegmenten nach hinten und in den Hals- und Lendengegenden nach vorne konvex.

Die Verkrümmungen des Brustkorbes rühren von den Formveränderungen der Wirbelsäule her. Als Regel gilt, dass jede Formabweichung der Wirbelsäule in der Richtung ihrer Bewegung stattfindet. Da die Beweglichkeit der Wirbelsäule, nach hinten, nach vorne und nach seitwärts sich erstreckt, so unterscheidet man: eine Verkrümmung nach hinten, nach vorne und nach der Seite.

Das Schlüsselbein legt sich vom Brustbeine bis zum Schulterblatte um den Brustkorb derartig bogenförmig herum, dass dadurch die erste Rippe der Beobachtung entrückt ist. Bei einem hohen und schmalen Brustkorbe wird der Bogen mehr hervorstehen, als bei einem breiten und flachen. Bei einer „rachitischen Brustform“ verlaufen die Schlüsselbeine nicht gerade in der Frontalebene des Körpers, sondern stark divergent von vorne nach hinten zu den Schultern.

Das Schulterblatt legt sich an den Rücken von der zweiten bis zur siebenten oder achten Rippe an: bei einem abgemagerten oder rachitischen Brustkorbe werden die innern Ränder nicht anliegen, sondern abstehen (*Scapula alata*).

Die Gegenden des Brustkorbes.

Die Brustbeingegend. Zu beiden Seiten dieser Gegend von der oberen Incisur des Manubrium bis zur Magen-grube zieht bei gut bemuskelten Personen je eine seitliche Furche herab und zeigt hier den Ansatz des Muskelfleisches des *Pectoralis major* an. Magere Personen zeigen hier eine Fläche, die mehrere Vorsprünge (die Verbindungsstellen der Rippenknorpel) aufweist. Je schlechter der Thorax gebaut ist, desto stärkere Vorsprünge werden sich zeigen.

Die Schlüsselbeingegenden. Die obere und die untere Claviculargegend werden bei guter Ernährung und bei gesunder Lunge ausgefüllt erscheinen. Bei Abmagerung, wie auch bei Lungenschrumpfung werden diese als vertiefte Gruben sich darstellen.

Die Brustdrüsengegend. Streng genommen wäre bei Männern die eigentliche Brustdrüsengegend nur auf den beschränkten Raum der Brustwarze zu beziehen, indessen kann als *Regio mammalis* der Wölbungsraum des grossen Brustmuskels bezeichnet werden, etwa von der dritten bis zur sechsten Rippe. Unterhalb dieser Stelle liegt die untere Brustdrüsengegend.

Die Rückgratgegend, eine längs der Wirbelsäule von oben nach unten herablaufende Furche, die von zwei wulstigen Erhabenheiten, nemlich von den Rückenmuskeln umsäumt ist. Bei abgemagerten Personen sind in der Rinne starke Vorsprünge bemerkbar und sieht man daselbst die Bänder der Wirbelsäule in Gestalt von rundlichen Strängen verlaufen.

Die Schulterblattgegenden. Man bezeichnet als solche jene Gegenden, die über den Schulterblättern, an denselben, zwischen denselben und unterhalb derselben sich befinden, und ist die *Regio suprascapularis* als Sitz der hinteren Lungenspitze besonders bemerkenswert.

Die Formabweichungen des Brustkorbes.

Vollkommen symmetrische Thoraxformen kommen nicht zu oft vor, einzelne Abweichungen Erhabenheiten und Vertiefungen, Vorsprünge und eingedrückte Stellen der Skeletteile finden sich nicht selten vor, ohne dass man denselben eine andere Bedeutung als etwa die eines Schönheitsfehlers beimessen kann. Manche Formabweichungen sehen sich recht bedrohlich an, ohne dass sie es in der Wirklichkeit sind, so: die Trichterbrust, eine an der vorderen Brustwand bis zur Bauchwand sich hinziehende trichterförmige Vertiefung, die einen solchen Grad erreichen kann, dass sie den Eindruck macht, als ob sie bis dicht an die Wirbelsäule reichen würde. Häufiger kommt die Töpfer- oder Schusterbrust vor, bei welchen infolge des anhaltenden Gebüktsizens eine Vertiefung des Brustkorbes dadurch entsteht, dass der *Processus Xiphoideus* an der Grenze des *Corpus Sterni*

sich nach innen knikt. Die Erfahrung spricht nicht dafür, dass diese Formabweichungen eine Funktionsbehinderung verursachen.

Eine eigentliche Bedeutung haben erst jene Formabweichungen, die als Folgen von früheren pathologischen Prozessen des Knochengerüsts entstanden sind. Das Skelet weist dabei entweder Verbildungen oder Verkrümmungen auf. Die Verbildungen beschränken sich auf die Rippen, auf das Brustblatt und auf den Brustgürtel und führen in der Regel keine auffällige Gestaltsveränderung am Brustkorbe herbei; die Verkrümmungen betreffen vorwiegend die Wirbelsäule und sind meist mit einer ganz merklichen Gestaltsveränderung verbunden.

Die Verbildungen. Hieher gehören: die rachitische Hühnerbrust und die enge Brustform.

Die rachitische Hühnerbrust (*Pectus carinatum*) bietet in ihrer extremen Form, etwa folgendes Bild: der Brustkorb zeigt weder vorne noch seitlich die gewonte Wölbung; diese Seiten erscheinen abgeflacht oder eingedrückt. An der Sternal- oder Parasternallinie ist eine von oben nach unten ziehende Furche vorhanden, die von der Einknikung der Rippen zwischen ihrem Knochen- und Knorpelteil herrührt. Die Knorpelenden erscheinen stark verdickt, das Brustbein ist kielartig hervorgedrängt, nach aussen sich vorbiegend oder zwischen Manubrium und Corpus winkelig sich einbiegend. Schlüsselbeine und Schultern zeigen die schon oben angegebenen Abweichungen. Die rachitische Hühnerbrust vergesellschaftet sich nicht selten mit Verkrümmungen der Wirbelsäule.

Die enge Brustform (phthisischer Brustkorb) stellt einen engen und flachen Brustkorb mit besonders kleinem Brusteingange dar. Alle Teile des Brustkorbes tragen zur Verbildung bei. Die Rippen nehmen einen steilen Verlauf, ihre Anheftungspunkte sind spitzer, ihre Wölbung ist verringert, die Intercostalräume erweitert. Es zeigt sich hier folgendes Bild: der Brustkorb ist lang gestreckt, abgeplattet, über und unter den Schlüsselbeinen kommen grubenartige Vertiefungen zum Vorscheine. An der Vorderfläche ist jede Wölbung geschwunden. Die Weichteile verringert, verkümmert. Die Seitenteile zeigen eine merkliche Abgrenzung zwischen der vorderen und der hinteren Brustfläche, was bei dem gesunden Brustkorbe nicht der Fall ist, wo die Teile unmerklich in einander übergehen. Die hintere

Seite des Brustkorbes ist ausnehmend schmal, so dass sie die beiden Schulterblätter nicht ausfüllen können, die daher mit ihren inneren Rändern abstehen, und so die bekannten „Flügelschultern“ — *Scapula alata* — darstellen.

Streng genommen müsste die „phthisische“ Brustform, der „rachitischen“, mit der sie manches Gemeinsame hat, beigezählt werden; allein bei der rachitischen Form ist es das Skelet allein, welches die Verbildung zustande bringt; bei der phthisischen Form wirken verschiedene Zustände der Lunge: ihre ungenügende räumliche Entfaltung, ihre veränderte Beschaffenheit und ihre verminderte Funktionstüchtigkeit mit zu diesem Aufbaue des Skeletes. Nebstdem drückt auch die Dürftigkeit des Ernährungszustandes ihr Gepräge dem Brustkorbe auf.

Die Verkrümmungen. Hieher gehören: der Rundrücken, die Alterskyphose, der rachitische Höker, der Spizhöker, die Lordose und die Skoliose.

Jede Verkrümmung des einen Abschnittes der Wirbelsäule, bewirkt zumeist eine Gegenkrümmung (Compensationskrümmung) eines anderen Abschnittes. In besonderem Grade ist dies bei jenen Verkrümmungen der Fall, welchen tuberkulöse Prozesse der Knochen zu Grunde liegen.

Der Rundrücken (*Kyphosis arcuata*) nimmt den ganzen Rücken ein, der sich im Bogen gleichmässig nach hinten wölbt. In der Regel ist derselbe ein habituelles: angeboren, ererbt oder durch felerhafte Haltung angeeignet, der mitunter durch den Willen der Person zeitweilig oder für immer nahezu aufgehoben werden kann. Die Alterskyphose gleicht in der Form dem Rundrücken und kann sich auch auf den ganzen Rücken erstrecken.

Der rachitische Höker nimmt nicht den ganzen Rücken ein, sondern hat seinen Sitz an dem Uebergang des Brusttheiles in den Lendenteil oder an diesem letzteren allein.

Der Spizhöker (*Kyphosis angularis*) besteht in einer winkelligen Krümmung der Wirbelsäule. Der oberhalb des Knikungswinkels gelegene Abschnitt erfährt eine bedeutende Neigung nach vorne, welche durch „compensatorische Krümmungen“ der übrigen Abschnitte der Wirbelsäule ausgeglichen wird. Die Ausgleichskrümmung einer Kyphose ist eine Lordose.

Die Lordose. Die Wirbelsäule ist in der Lendengegend stark vorgewölbt, während das Gesäss nach hinten, der Bauch

nach vorne vorspringt und der ganze Oberkörper zurück gelagert erscheint.

Die Skoliose. Die seitliche Abweichung der Wirbelsäule von ihrer normalen Mittelstellung bringt die Skoliose zum Vorschein. Die Skoliose kann sich auf die ganze Wirbelsäule oder nur auf einen Abschnitt derselben erstrecken. In diesem letzteren Falle pflegen sich auch „Gegenkrümmungen“, Verkrümmungen an der entgegengesetzten Seite einzustellen. Bei schweren skoliotischen Formen hat der Brustkorb das Ansehen, als ob er um seine Axe gedreht wäre. Die Rückseite und ebenso die Vorderseite erscheinen halb gewölbt, halb verflacht.

Unabhängig von den Verbildungen und Verkrümmungen, können sich auch gewisse Veränderungen am Brustkorbe vorfinden, die nicht von Krankheitsprozessen des Skeletes, sondern der der Brustorgane sich herleiten und als pathognostische Merkzeichen dienen; so die Ausdenungen. Als Hauptrepräsentant derselben stellt sich die „emphysematöse Brustform“ dar, der Brustkorb gibt dem emphysematösen Zustande der Lunge durch die Form einen getreuen Ausdruck, indem derselbe eine Inspirationsstellung annimmt. Er ist demnach in allen seinen Dimensionen vergrößert, verlängert, erweitert. Die Rippen, und das Brustbein sind gehoben und das Zwerchfell nimmt bleibend einen Tiefstand ein.

Je länger der emphysematöse Zustand der Lunge andauert, je stärker und je ausgebreiteter er wird, desto stärker wird er sich am Brustkorbe ausprägen, so dass derselbe über die Normalerweiterungsgrenze hinausragt, dass seine Rippen sich übermäßig wölben und er allmähig eine fassförmige Gestalt erlangt, oben und unten schmaler und in der Mitte ausgebaucht. Wir haben dann folgendes Bild: Die Rippen erscheinen stark gewölbt, die Intercostalräume sind weit, die Schlüsselbeingruben hervorgewölbt, ferner zuweilen auch eine leichte kyphotische Verkrümmung. Das ist eine jener Brustformen, die der Unkundige, der Laie als das Ideal einer wol ausgebildeten Brust betrachtet, indem er die stark hervortretende Wölbung der Rippen mit der Wölbung verwechselt, die beim gut ausgebildeten Thorax durch Fett und Muskellage entsteht. Diese emphysematöse Form kann entweder allgemein am Brustkorbe vorhanden sein, oder auch nur stellenweise, wenn nur einzelne Teile der Lunge aufgebläht erscheinen.

Ferner die Vorwölbungen. Ein stark vergrössertes Herz kann sich derart vordrängen, dass in der Gegend zwischen dem dritten und siebenten Rippenkörper, zwischen der Brustwarze und dem Brustbeinrand linkerseits eine deutliche Erhebung stattfindet. Die Vorwölbung der Aneurysmen werden besonders rechts am Brustkorb, von dem ersten bis zum dritten Intercostalraum und links am Brustkorb im zweiten Intercostalraum sich hervordrängen. Eine daselbst bemerkbare Pulsation wird diese Vorwölbung sogleich als Gefässerweiterung ankündigen. Ausserdem entstehen Vorwölbungen durch mannigfache Ursachen, wie bei Erguss in der Pleura und bei den verschiedenen in der Brusthöhle entstandenen Geschwülsten.

Die Einsenkung des Brustkorbes in weiter Fläche oder an eng begrenzter Stelle kommt dann zu Stande, wenn die Lunge im grossen oder kleinen Umfange ihre Ausdehnungsfähigkeit und damit zugleich ihre Bewegungsfähigkeit eingebüsst hat. Die luftleere Lunge, die verdichtete Lunge sinkt ein, ihr Umfang wird kleiner, ja geringer noch, als wie sonst bei der stärksten Ausatmung, wo immerhin eine gewisse Spannung noch übrig bleibt. Ihre Stellung entspricht also dem Zustande der Ausatmung und darüber noch hinaus. Der Brustkorb folgt der Lunge nach und zwar nicht mehr durch ihren Zug, denn sie selbst ist an dieser Stelle bewegungsunfähig, sondern in Folge der phisikalischen Verhältnisse des äusseren Luftdruckes, wodurch er eingedrückt erscheint.

Wir haben hier folgende auffällige Formen zu beachten:

Die pleuritsche Form. Die Lunge hat hier in Folge lang bestehender pleuritischer Exsudate ihre Ausdehnungsfähigkeit in grösserem oder geringerem Umfange eingebüsst, sie ist „atelektatisch“ geworden und der Brustkorb muss nach Aufsaugung des Exsudates nach einwärts sinken. Diese Einsenkungen können sich auf eine ganze Brusthälfte ausbreiten und wir haben dann das vollendete Bild einer stark ausgesprochenen Skoliose, wo der Brustkorb wie um seine Axe gedreht erscheint.

Von grosser diagnostischer Bedeutung sind die an einzelnen Stellen des Brustkorbes vorkommenden Einsenkungen und Vertiefungen. Wir finden solche besonders in der oberen und unteren Schlüsselbeingegend, die sich zu förmlichen Gruben verwandeln. Die daselbst sich befindlichen Lungenspitzen sind am häufigsten gewissen Prozessen ausgesetzt. Sie

werden luftleer, sie verdichten, sie verschrumpfen u. s. w. und in dem frei gewordenen Raume sinken die Weichteile ein.

Solche Stellen, die übrigens auch sonst auf der vorderen Brustwand vorzukommen pflegen, werden bei der Einatmung nur wenig oder gar nicht sich ausdehnen, ja sogar noch vertiefter erscheinen. Diese Einsenkungen und Einziehungen sind um so auffälliger, wenn sie nur an einer Brusthälfte sich bemerklich machen.

Die Beurteilung.

Bei der Beurteilung der Formabweichungen müssen in's Auge gefasst werden: ihre Einwirkungen auf die Organe des Brustkorbes; ihre Ursachen; ihre Form und der Grad ihrer Entwicklung, und bei allen die vorausgegangenen Krankheiten und der Ernährungszustand.

Die Einwirkungen auf die Organe des Brustkorbes und mitunter auch auf die Organe des Bauches äussern sich in Raumbeengung, in Druk, in Zug und in Behinderung ihrer Bewegungen. Dabei wird man auch der Zukunft eingedenk sein müssen: Störungen, die in der Gegenwart noch nicht mit Bestimmtheit sich nachweisen lassen, können bei eintretenden Erkrankungen der Organe um so nachdrücklicher sich geltend machen.

Die Ursachen der zumeist in frühester Kindheit entstandenen Verbildungen und Verkrümmungen des Brustkorbes lassen sich oft aus den vorhandenen Formen erschliessen. Die häufigste Ursache ist die Rachitis. Als längst abgelaufener Prozess wird die Rachitis in den reiferen Jahren kaum mehr belastend sich erweisen und eben so wenig besonders belastende Formabweichungen zustande bringen. Eine weitere Ursache ist in dem tuberkulösen Prozesse der Wirbeln, in der „Spondylitis tuberculosa“ gegeben, die in Knikungen der Wirbelsäule zum Ausdruck kommt. Sie gibt nicht blos die ungünstigsten Verkrümmungsformen ab; so: den Spizhöker, bekannt und pathologisch verzeichnet als „Malum Pottii“, und die winkelig geknickten Formen der Skoliose, sondern zeigt auch einen tuberkulös angelegten Körper an, wo jede Gewär eines endgiltigen Abschlusses des Prozesses abgeht. Die Gegenkrümmungen, die gerade bei diesen Prozessen und

Formen sich einstellen, sind ihrer Natur nach zwar Compensationskrümmungen, aber sie gleichen bloß die Verkrümmungen, nicht aber ihre Schädlichkeiten aus, die im Gegenteile eine Vermehrung erleiden, da jede weitere Verkrümmung weitere Schädlichkeiten mit sich bringt.

Die Ursachen der Verkrümmungen können aber auch ausserhalb des Brustskeletes sich befinden, so in Lähmungen der Rückenmuskeln, ferner in solchen Verhältnissen der Nachbartheile des Brustkorbes, die einen nachhaltigen einseitigen Zug auf ihn ausüben: so die Coxitis, die die häufigste Ursache der Lordose und sehr oft auch der Skoliose ist. Zur Entstehung der Skoliose können auch rheumatische oder ischiadische Leiden beitragen. Man wird demnach auch diese Leiden bei der Beurteilung mit in Rechnung ziehen müssen.

Die einzelnen Formen. Die „rachitische Hühnerbrust“, wenn sie nicht zu hochgradig und nicht mit anderen Verkrümmungen vergesellschaftet ist, und demnach keine Abweichung in der Richtung des Brustkorbes aufweist, wird selten wirkliche Störungen, oder solche nur in ganz geringem Grade herbeiführen. In der Regel passen sich die Organe einer mässigen Raumverengerung allmählig an.

Von ganz anderem Standpunkte aus muss jedoch die „phthisische Brustform“ beurteilt werden. Hier wirken alle Verhältnisse ungünstig ein: die dürftige Ernährung, der in allen seinen Theilen misgestaltete Brustkorb und die schon vorhandene oder zu erwartende Funktionsuntüchtigkeit der Lunge.

Der Rundrücken und der rachitische Höcker lassen insoferne eine günstigere Beurteilung zu, als die Bogenform weit weniger geeignet ist, eine unmittelbare schädliche Einwirkung auf die Brustorgane auszuüben, als die Winkelform. Vorausgesetzt, dass sie nicht zu hochgradig sind, und dass keine auffällige Verdrängung des Herzens sich vorfindet.

Der Spizhöcker und alle ähnlichen Knikungen der Wirbelsäule mit ihren Gegenkrümmungen bieten die ungünstigsten Formen.

Die Lordose. Diese ist vorzugsweise eine Ausgleichskrümmung der Kyphose und wird sich nach dieser richten; doch ist hier die Bogenform vorherrschend.

Mitunter erscheint die Lenden-Lordose selbständig. Sehr wolbeleibte Personen üben durch die Last ihres Bauches einen

steten Zug auf die Lendenwirbelsäule aus, wodurch deren Wölbung sich steigert. Die Lenden-Lordose wird am wenigsten zu Funktionsstörungen Veranlassung geben.

Die Halslordose, eine äusserst seltene Erscheinung, wird durch Druck auf die Gefässe höchst schädigend einwirken können.

Die Skoliose ist meist rachitischen Ursprunges, in Fällen jedoch ist sie eine habituelle und hängt mit schlechter Pflege muskelschwacher Kinder, mit felerhafter Haltung der Schuljugend und mit einseitiger Beschäftigungsart zusammen. Solche Skoliosen weisen in der Regel keine auffälligen Formabweichungen auf, wenigstens keine solchen, die eine nachteilige Wirkung ausüben. Hier handelt es sich um die schweren Formabweichungen. Durch das Aneinanderrücken der Rippen, werden nicht selten die Intercostalnerven gedrückt, gezerzt, wodurch schwere Intercostalneuralgien entstehen können. Durch die Verschiebung des Skeletes, wobei die Wirbelkörper nach der Konvexität der Verkrümmungen sich verschieben, wird auf die Lunge ein steter Druck ausgeübt und das Herz von seiner gewöhnlichen Lage verdrängt. Dabei ist entweder eine wirkliche Herzhypertrophie oder ist eine solche nur scheinbar, bedingt durch die Ortsveränderung des Herzens, perkutorisch nachweisbar.

Da die Folgezustände der Verkrümmungen frühzeitig sich schon einstellen und ab und zu wieder verschwinden können, so wird man die Anamnese sorgfältig erheben und die überstandenen Krankheiten beachten müssen, so: die angeblich rheumatischen Zustände, die Neuralgien, die Entzündungen, die häufigen Katarrhe der Luftwege u. a. m.

Der allgemeine Ernährungszustand wird bei der Beurteilung hoch in Anschlag gebracht werden müssen. Die frische lebhaftte Farbe der Gesundheit, die vollen straffen Weichteile, die feste Beschaffenheit der Knochen, ist den verkrümmten Personen selten eigen. In günstigen Fällen wird eine mittlere Ernährung sich vorfinden, die auch im Laufe der Zeit nur sehr selten zur vollkräftigen Entwicklung sich steigert, und eben so nur in günstigeren Fällen werden solche Personen die sogenannte mittlere Lebensdauer, doch kaum ein hohes Alter erreichen.

Im Allgemeinen kann man bei der Beurteilung der Verbildungen und der Verkrümmungen von folgenden Gesichts-

punkten sich leiten lassen. Verbildungen, die keine auffällige Raumbeengung ersichtlich machen, sowie Verkrümmungen, die in Bogenform sich äussern, lassen noch normale Versicherungen zu; vorausgesetzt, dass die Verkrümmungen nicht einen solchen Umfang erreichen, dass sie die Lage des Herzens und die Funktionsbewegungen der Lunge beeinträchtigen müssen; vorausgesetzt ferner, dass der allgemeine Ernährungszustand ein befriedigender ist — eine geringe Ernährung wird, selbst bei noch günstigen Formen als Verdachtsmoment gelten; — und vorausgesetzt endlich, dass weder die früheren Krankheiten, noch die etwa gegenwärtigen abnormen Erscheinungen sich mit diesen Brustkorbabweichungen in Zusammenhang bringen lassen. Wo diese mildernde Verhältnisse abgehen, wird man solche Personen als minderwertige Leben betrachten, die zumeist nach der II. G. Kl. zu bemessen wären. Der phthisische Brustkorb wird vollends jede Versicherung ausschliessen. Man wird jedoch die Hühnerbrust, den Rundrüken, den rachitischen Höker, die geringen skoliotischen Abweichungen und die Lendenlordose, wenn diese nicht als Compensationskrümmung der ungünstigen Hökerformen zum Vorscheine kommen, bei gegebenen allseitigen günstigen Verhältnissen, nicht als belastende Zustände betrachten müssen.

Als versicherungsfeindlich werden selbstverständlich die Altersverkrümmungen sich darstellen. Hier ist ein Fortschreiten des Gewebsschwundes mit Gewissheit zu erwarten, und wenn das entschieden Ungünstige noch eine Steigerung erleiden kann, so ist es die vorzeitige Altersverkrümmung. Nur muss man sich hüten, jede gebückte Haltung in den reiferen Jahren, zugleich als „vorzeitige Altersverkrümmung“ zu betrachten. Eine vernachlässigte Haltung lässt gerade in den reiferen Jahren den „Rundrüken“ zum Vorscheine kommen. Versicherungsfeindlich sind ferner alle Winkelformen: der Spizhöker und die seitlichen skoliotischen Einknikungen. Diese Formen, die ihren Ursprung zumeist einem schweren pathologischen Prozesse der Vereiterung und der Schmelzung der Wirbelbandscheiben und der Wirbelkörper, die bei der Kyphosis angularis oft als „Malum Pottii“ sich kennzeichnet, verdanken, bieten selbst beim anscheinenden Stillstand des Prozesses keine volle Gewähr des Abschlusses desselben. Diese Formen sind überhaupt stark funktionsbehindernd und sind dabei namentlich

bedeutende Innervationsstörungen zu gewärtigen. Nur bei sonst berücksichtigungswürdigen Verhältnissen können damit behaftete Personen noch nach der II. G. Kl. bemessen werden.

Die abfällige Beurteilung jener Formabweichungen, die Folgezustände der pathologischen Prozesse der Brustorgane sind, ergibt sich von selbst.

Die Organe des Brustkorbes.

Die Lunge.

Die Perkussion. — Grenzen und Beschaffenheit der Lunge. — Die Auskultation. — Normale und abnorme Atmungserscheinungen. — Die Krankheiten der Lunge und ihre Beurteilungen. — Die Phthise. — Die Influenza. — Die Pleuritis. — Der chronische Bronchialkatarrh. — Das Lungenemphysem.

Es kann hier durchaus nicht beabsichtigt werden, über die jedem Arzte geläufigen perkutorischen und auskultatorischen Erscheinungen Belerung zu geben; die Besprechung derselben hat einfach den Zweck, alle jene Momente zusammenzufassen, die bei der Untersuchung in Berücksichtigung zu ziehen sind.

Die Perkussion der Lunge. Die Lunge, deren Prüfung dadurch erleichtert wird, dass sie fast in ihrer ganzen Ausdehnung perkutorisch nachweisbar ist, soll eben auch in ihrer ganzen Ausdehnung, im ganzen Lungenbezirke des Brustkorbes untersucht werden. Allerdings wird der Versicherungsarzt nicht jede einzelne Stelle, die er am Brustkorbe untersucht hat, angeben müssen, allein gewisse Stellen, gewisse Grenzen und gewisse Linien des Perkussionsgebietes müssen ganz besonders hervorgehoben werden.

Da wir durch die Perkussion nach zweierlei Richtungen hin belert werden, nemlich hinsichtlich der Grenzen der Lunge, indem man bestimmt bis wohin der charakteristische helle Lungenschall sich erstreckt und hinsichtlich der Beschaffenheit der Lunge, indem man bestimmt ob an allen Stellen der charakteristische helle Lungenschall warnembar ist, so muss der Versicherungsarzt die Untersuchungen nach beiden Richtungen hin vornemen und ausdrücklich hervorheben, ob beim ruhigen Atmen der helle Lungenschall vorhanden sei: oben beiderseits etwa drei bis vier Ctm. über dem Schlüsselbeine, auf der rechten Brustfläche in der Parasternallinie etwa bis zum unteren Rande der fünften Rippe, in der Mammillarlinie bis zur sechsten Rippe; in der Axillarlinie bis zur siebenten Rippe; auf der linken Brustseite sowol in der Parasternal-

als auch Mammillarlinie ungefähr bis zur vierten Rippe, in der Axillarlinie bis zur neunten Rippe; am Rücken beiderseits bis zur zehnten Rippe.

Hiebei ist es natürlich, dass der Lungenschall nicht bis an die Grenzen mit ungeschwächter Helligkeit warnembar ist, da dort, wo die Lunge sich verjüngt, an den Rändern nemlich, der Schall an und für sich minder hell ist, was auch schon durch die Nähe der dumpferschallenden Organe Herz, Leber und Milz erklärlich wird. Ebenso natürlich ist es, dass nicht bei allen, übrigens ganz gesunden Menschen, die Grenzen unverrückbar gleich sind; namentlich richten sich diese nach dem Alter, indem bei Personen im mittleren und vorgerückten Lebensalter, die Lungengrenzen etwas tiefer sich erstrecken.

Ferner hat der Versicherungsarzt die Grenzen der Auslaufweite zu prüfen, indem er beobachtet, wie weit der helle Schall bei tiefster Einatmung hinauf und herabreicht. Die für eine normale Lunge gewissermassen vorgeschriebenen Grenzen: in der Regio supraclavicularis um ein Ctm. höher, in der Mammillarlinie um drei bis vier Ctm. und der Axillarlinie um fünf Ctm. tiefer herab und die Erweiterung nach vorne fast bis zur Dekung der Herzdämpfung, sind nicht für alle Menschen gleich zutreffend. Abgesehen davon, dass auch die Befangenheit mancher Personen beim anbefohlenen Atmen, keine ganz genaue Grenzbestimmung zulässt.

Endlich soll der Versicherungsarzt die Beschaffenheit der Lunge perkutorisch nachweisen. Zu diesem Zwecke wird er den Charakter des Schalles prüfen, wird er aufmerken, ob kein Schallunterschied zwischen zwei sich entgegengesetzten Stellen an beiden Brusthälften warnembar, oder ob an einer Stelle eine ausgesprochene Dämpfung oder tympanitischer Schall hörbar ist. Wo ein minder heller Schall nicht von einer Veränderung des Lungengewebes, sondern von einer stärkeren Entwiklung der Weichteile herrührt, soll dieser Umstand ausdrücklich bemerkt werden. Eine ganz besondere Aufmerksamkeit ist dort erforderlich, wo eine solche Schalldifferenz zwischen beiden Brusthälften sich vorfindet. Dass der Versicherungsarzt seine vollste Aufmerksamkeit den Lungenspitzen widmen wird, ist selbstverständlich.

Die Auskultation der Lunge muss ebenfalls an allen Stellen des Lungenbezirkes vorgenommen werden, wenn es auch

daselbst weniger notwendig erscheint als bei der Perkussion, alle diese Stellen namhaft zu machen. Es genügt anzugeben, ob das Atmen vesikulär oder unbestimmt sei, oder ob Rasselgeräusche hörbar sind. Nur möge man mit dem Ausdrucke „unbestimmt“ etwas haushälterisch vorgehen und durch genaues Behorchen die Atmungsart wo möglich genau bestimmen. Bei dem versikulären Atmen ist anzugeben, ob dasselbe rein, kurz und gleichmässig, oder rauh, verlängert, saccadirt zu hören ist.

Die Rasselgeräusche und ihre Unterscheidungen finden allerdings mehr am Krankenbette als bei der Untersuchung zu Versicherungszwecken ihre besondere Verwertung; aber hier bei der Entscheidung über die Zulassung der minderwertigen Leben, bei der Beurteilung der akuten oder chronischen Bronchitiden, erlangen diese eine grössere Bedeutung. Rasselgeräusche an den Lungenspizen sind bekanntlich in besonderem Grade verdacht-erregend.

Die ausgesprochenen pathologischen Atmungserscheinungen: das bronchiale Atmen, die klingenden Rasselgeräusche, und der metallische Klang, bedürfen hier keiner weiteren Erörterungen.

Die Krankheiten der Lunge.

Die noch andauernden oder früher stattgefundenen Krankheiten der Lunge sollen vom Standpunkte der Versicherung der minderwertigen Leben, hier kurz auseinandergesetzt werden.

Die Phthise. Man sollte glauben, dass die Phthise kaum einer flüchtigen Erwänung bedarf. Phthisiker bilden das Prototyp der schlechten Versicherungsfälle und können unter keinen Umständen zu den blos minderwertigen Leben gezählt werden. Auch die Diagnostik der Phthise, müsste man annemen, bedarf keiner weiteren Ausfürung; die phisikalischen Untersuchungsmethoden, sind ja gerade bei der Phthise scharf vorgezeichnet. Wenn hier dennoch von allen anderen Krankheiten die Phthise besonders hervorgehoben wird, so hat dies aus folgenden Betrachtungen seine Begründung.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass von den Reihen jener Personen, die eine Versicherung nur darum anstreben, weil sie wirklich oder vermeintlich krank sind, obenan der Phthisiker steht, der sich an die Lebensversicherungsanstalten herandrängt,

oder von seinen Angehörigen dazu sich bestimmen lässt; dies geschieht in allen Stadien der Krankheit, von ihren ersten Anfängen, bis fast vor dem letalen Ende der betreffenden Personen. Und gerade diese Versicherungswerber sind es, die dem Vertrauensarzte ewige Verlegenheiten bereiten. Werden sie abgelenkt, so beschuldigen sie und deren Anhang den Arzt der unberechtigten Strenge. Sie pochen mit einer eigenartigen Zuversicht auf ihre unverwüstliche Gesundheit. Werden sie aus Mangel an sicheren Merkmalen zur Annahme empfohlen, so sind es die Leiter der Versicherungsanstalten, die post mortem der Person, ein gewisses Misstrauen in das fachliche Wissen des Arztes setzen, weil nach allgemeiner Anschauung diese Krankheit bei genauer Untersuchung leicht erkennbar wäre, und weil man mit einer gewissen Berechtigung die physikalischen Untersuchungsmethoden für untrüglich hält. Erwägt man das hohe Sterblichkeitsprozent an Phthise in den Reihen der Versicherten, welches trotz aller strengen Auslese kaum der Sterblichkeitsziffer bei der allgemeinen Bevölkerung nachsteht, so wird man vom Standpunkte der ärztlichen Versicherungskunde eine solche Besprechung gerechtfertigt finden.

Allgemein bekannt ist die jezige Anschauung über das Wesen der Phthise; die Infektionslehre ist Gemeingut geworden und fusst auf dem Boden des Experimentes und der Erfahrungen; Die Diagnostik der Tuberkulose gehört zu den ersten Anforderungen, welche an den Versicherungsarzt gestellt werden. Es wäre also unstatthaft, auf die physikalischen Untersuchungsmethoden und auf die Erscheinungen der Phthise hier einzugehen, wiewol es nicht in Abrede gestellt werden kann, dass auch da manche Irrtümer vorkommen, und die Ergebnisse der Untersuchung nicht immer ihre volle Würdigung finden. Spitzenkatarrhe werden nicht selten auch dort als gewöhnliche Katarrhe dargestellt, wo die Erscheinungen einer Spitzeninfiltration in ihren ersten Anfängen sich bemerklich machen. Geringe Dämpfungen werden zuweilen, eben weil man solche als noch gering findet, als geringfügig bezeichnet, Schalldifferenzen werden nicht selten, in willkürlicher Annahme, auf eine stärkere Entwicklung der Weichteile einer (!) Brusthälfte zurückgeführt. Fast scheint es, dass solche Entschuldigungen, um nicht zu sagen Beschönigungen, davon herrühren, dass man sich nur schwer entschliessen kann, bei etwa noch gutem

Kräftezustande des Untersuchten, dem Gedanken an einen so schweren Prozess Raum zu geben.

Den physikalischen Untersuchungsmethoden reihen sich noch andere Behelfe an, welche die Diagnose auf Phthise bekräftigen, oder auch nur den Verdacht darauf lenken, bevor noch die Perkussion und die Auskultation Anhaltspunkte dafür bieten, die hier ihre Erwänung finden sollen. Als solche gelten: die Heredität, die äusseren Merkmale am Körper, namentlich am Brustkorbe, und die früheren Krankheitszustände. Wo alle diese Verhältnisse insgesamt sich einfinden, eines das Andere unterstützend, eines das Andere verschlechternd, dort kommt das Bild einer vorhandenen Phthise, oder einer phthisischen Anlage mit unverkennbarer Deutlichkeit zum Ausdruck.

Die Heredität, deren Wichtigkeit jezt zweifellos festgestellt ist, und so allgemein anerkannt wird, dass selbst der Nichtarzt davon erfüllt ist, ist das Gebiet auf welches der Versicherungsarzt schon frühzeitig sein Augenmerk gerichtet hat. Zur Zeit, als die „Heredität“ bloß als ein sicher konstatirtes Beobachtungsfaktum galt, womit man zu rechnen gezwungen war, worüber aber man eine Erklärung weder suchte, noch fand, war schon die ärztliche Versicherungskunde daran, auf Grund der Forschungen von DARWIN und HÄKEL und auf Grund der eigenen Warnemungen in der ärztlichen Versicherungspraxis, Geseze daraus herzuleiten und bestimmte Folgerungen daran zu knüpfen, die in der Jeztzeit immer mehr ihre Bestätigung finden.*)

Die Gefahren der hereditären Belastung machen sich oft auch dann noch geltend, wenn diese unter den Bedingungen der schon im Beginne dieses Buches besprochenen Erblichkeitsgeseze so eigentlich als schon erloschen betrachtet werden sollten. Solche Umstände sind dort gegeben, wo die anderen diagnostischen Behelfe den Verdacht auf Phthise fortwährend wach erhalten. Häufige Bronchialkatarrhe, eine geringe Ernährung, ein unvorteilhafter Bau des Brustkorbes, werden die anscheinend schon abgeschwächte Heredität als noch bedrohlich, als noch aufrecht bestehend erscheinen lassen. Wol ist es möglich, dass

*) Es möge dem Verfasser nicht als Unbescheidenheit angerechnet werden, wenn er auch auf seine eigene Fachschriften hinweist: „Praktischer Leitfaden für Versicherungsärzte in Wien 1875“ und auf seine weiteren einschlägigen Arbeiten der ärztlichen Versicherungskunde.

die seinerzeit übertragene „Disposition zur Phthise“ eine so geringe war, dass nur Spuren, nur Manungen sich noch vorfinden; allein das kann zum Troste der Person, nicht aber zur Beruhigung des Versicherungsarztes dienen.*)

Gewisse äussere Merkmale der Phthise: die Verfärbungen an der Haut und an den Schleimhäuten, die Hautdürftigkeit, der mangelhafte Ernährungszustand sind für sich allein wol nicht blos der Tuberkulose eigen; bezeichnender schon ist der ungünstige Bau des Brustkorbes, das Herabsinken der Schulterblätter, und namentlich die enge Brustform. Noch bestimmter äussern sich die Vertiefungen des Brustkorbes, ober- und unterhalb der Schlüsselbeine, besonders, wenn eine solche nur an einer Brusthälfte sich befindet. Auch die verminderte Beweglichkeit des oberen Teiles des Brustkorbes, weist auf Verdichtungen der Lungenspitzen hin.

Die Influenza. Diese erst seit einigen Jahren bei uns heimische Krankheit, hat den Versicherungsanstalten reichlich Gelegenheit geboten, Erfahrungen ganz ungünstiger Art darüber zu sammeln. So weit man aus den Krankengeschichten der an den Folgekrankheiten der Influenza verstorbenen Personen zu einem Schlusse berechtigt ist, lässt sich mit Warscheinlichkeit annemen, dass die schweren Formen der Influenza, namentlich jezt, nachdem die Epidemie nicht mehr fortbesteht, vorzugsweise die kränklichen, widerstandsunfähigen Menschen, und obenan den Phthisiker befallen, und die Folgezustände solche sind, zu denen die betreffenden Personen eine Eignung besizen.

Die Influenza zeichnet sich durch Folgezustände aus, die mannigfacher sind, als sonst bei den andern Infektionskrankheiten.

*) Es muss bemerkt werden, dass es nicht am Plaze ist, wenn der Versicherungsarzt selbst, ähnliche Entschuldigungen anführt. Ein Beispiel aus jüngster Zeit soll dies illustriren. Der Versicherungsantrag lautete: „Die Mutter starb an Tuberkulose, der einzige Bruder an Pneumonie; beide ungefähr in dem Alter der Person.“ Diese selbst bot nur eine geringe Ernährung. Der Versicherungsarzt bezeichnete den Versicherungsfall als einen unbedingt guten. Auf die Vorstellung von Seiten des Chefarztes an den betreffenden Arzt, ob hier gar kein Verdacht auf eine ungünstige Heredität sich geltend macht, lautete die Antwort: „Die Tuberkulose der Mutter konnte möglicherweise acquirirt gewesen sein, der Tod des Bruders an Pneumonie, konnte möglicherweise ein zufälliger gewesen sein“ und den Chefarzt belerend wurde hinzugefügt, dass es nicht angehe, darauf hin Schlüsse zu ziehen!

Die Krankheit allein gefährdet das Leben nur selten, die Folgezustände jedoch oft. So können unmittelbar, oder längere Zeit nach Abschluss des Krankheitsprozesses anhaltende Bronchitiden, Pleuritis, die an und für sich schon mit der Tuberkulose oft in Beziehung steht, Pneumonien, eitrige Mittelohrkatarrhe, Krankheiten des Nervensystemes und häufig und zumeist Tuberkulose sich einstellen.

Die Vorsicht gebietet, nach schwerer Influenza mindestens ein bis zwei Jahre die Versicherungsaufnahme hinauszuschieben. Dies gilt besonders bei vorgekommenen Rezidiven, die überhaupt bei der Influenza häufig eintreten können.

Die Pleuritis. Die Krankheiten der serösen Häute treten viel seltener als selbständige, denn als Folgezustände von pathologischen Vorgängen auf, und erweisen sich oft genug als Vorboten tuberkulöser Prozesse der von diesen Häuten umschlossenen Organe. Dieser Vorgang trifft in erster Linie bei der Pleura, dieser zunächst bei dem Peritoneum und teilweise auch bei dem Pericardium zu.

Die Tuberkulose muss nicht gerade unmittelbar nach der Pleuritis anftreten; die Pleuritis kann heilen, das Exsudat kann, was bei solchen Umständen nicht immer vollkommen geschieht, sich aufsaugen, und nach längerem Zeitabschnitte, innerhalb dessen gelegentlich Rezidiven vorzukommen pflegen, tritt die Tuberkulose zu Tage, überraschend für jene, welche die Gefahren der Pleuritis nicht gehörig zu würdigen verstanden.

Die Wechselwirkung zwischen Pleuritis und Tuberkulose war den ärztlichen Leitern der Versicherungsanstalten schon frühzeitig bekannt, lange schon bevor der gefährliche Charakter der Pleuritis zur allgemeinen Erkenntnis gelangte.

Gewiss, die Pleuritis kann auch selbständig auftreten, ohne Spuren zu hinterlassen und ohne Folgezustände nach sich zu ziehen, allein für den Versicherungsarzt ist die Mehrheit entscheidend und die unliebsamen Erfahrungen massgebend.

Jede vorausgegangene Pleuritis, selbst eine solche mit ganz normalem Verlaufe, hat für die Versicherung eine aufschiebende Wirkung. Ein Zeitraum von zwei Jahren dürfte dafür kein zu lang bemessener sein. Doch auch dann, selbst wenn seither mehrere Jahre verstrichen sind, wird der Versicherungsarzt seine volle Aufmerksamkeit auf die früheren Krankheitserscheinungen lenken und die gegenwärtigen Verhält-

nisse und Zustände in Betracht ziehen müssen. Die lange Andauer der Krankheit; die verspätete vollständige Aufsaugung des Exsudates; die üble Beschaffenheit desselben — wobei das hämorrhagische Exsudat, ein nahezu sicheres Anzeichen der Tuberkulose ist; — die Erkrankung beider Brusthälften und die Rezidiven*); der herabgesetzte Ernährungszustand, die anämische Beschaffenheit der allgemeinen Decken; öfters eintretende Bronchitiden; eine ungünstige oder auch nur eine verdächtige Heredität, erweisen sich je nach dem Zusammentreffen mehrerer oder aller dieser Zustände geradezu als versicherungsfeindlich.

Eine Aufnahme, noch im Laufe des ersten Jahres, könnte nur bei ganz günstigen Verhältnissen nach der I. G. Kl. bemessen werden. Doch darf der Versicherungsarzt bei der Untersuchung mit einem negativen Befunde, d. h. mit dem blossen Abgehen von tuberkulösen Anzeichen sich nicht begnügen, es wird ein positiver Befund, das Vorhandensein von versicherungsgünstigen Zuständen eine gewisse Bürgschaft für die befestigte Gesundheit bieten müssen.

Exsudatreste beeinträchtigen die Versicherungsfähigkeit in ganz bedeutendem Grade, so dass man, selbst wenn dasselbe jahrelang ohne Schädigung der Gesundheit besteht und bei günstigen Ernährungsverhältnissen, solche Personen nur nach der II. G. Kl. berücksichtigen kann. In noch höherem Grade ist dies der Fall, wenn die Lunge durch ein langwieriges Exsudat ihre Ausdehnungsfähigkeit an einzelnen Stellen einbüsst, und besonders wenn der Brustkorb dadurch eine skoliotische Verkrümmung erlitten hat. Nur eine weitgehende, milde Auffassung wird solche Fälle noch nach der III. G. Kl. bemessen.

Pneumonie. Eine überstandene katarrhalische oder kroupöse Pneumonie, die einen raschen Verlauf hatte, wo nach einem Zeitraume von ein oder zwei Jahren keine Rezidiven sich einstellten, flösst in der Regel kein Bedenken ein; nur muss man anamnestic zu erforschen trachten, ob nicht etwa die angegebene Pneumonie zur Dekung einer Hämoptoe diene. Rezidiven werden die Versicherung auf Jahre hinausschieben.

Bronchialkatarrh. Vorausgegangene Bronchialkatarrhe können durch ihre Häufigkeit Bedenken erregen

*) Hier wird selbstverständlich das Gutachten des Hausarztes massgebend sein.

und den Verdacht nicht bloß auf Lungen- sondern auch auf Herzkrankheiten lenken.

Es mag hier die flüchtige Bemerkung mit unterlaufen, dass mancher Versicherungswerber mit dem ganzen Gewichte der Warhaftigkeit „einen vor vielen Jahren überstandenen Bronchialkatarrh“ angibt, eines Umstandes, dessen man sich sonst kaum noch erinnern kann. Man wird nicht fel gehen, wenn man annimmt, dass damals ein ernstlicher Krankheitsprozess stattfand, den der so gewissenhafte Versicherungswerber auf zarte Weise anzudeuten für gut findet.

Ein chronischer Bronchialkatarrh, der mit schlechter Ernährung einhergeht, und besonders wenn eine Abmagerung im Verlaufe derselben sich eingestellt hat, ist als höchst bedenklich anzusehen. Die Besserung des Ernährungszustandes bei noch andauerndem Katarrh, die eine spätere abermalige Untersuchung etwa nachweist, gewärt keine Beruhigung, weil es ja ein nicht seltenes Vorkommen ist, dass selbst phthisische Personen zu Zeiten, namentlich nach einem Landaufenthalte oder nach einem klimatischen Kurorte in ihrem Ernährungszustande wesentlich gebessert erscheinen, was aber keine Gewähr selbst für die nächste Zukunft bietet. Selbst bei besonders günstigen Verhältnissen und andauernd gutem Gesundheitszustande sind immer noch die fast unausbleiblichen Folgen: Bronchiektasie und Emphysem zu berücksichtigen. Dabei ist zu bemerken, dass Hustenanfälle allein, noch nicht die Diagnose auf einen chronischen Bronchialkatarrh rechtfertigen, es müssen die auskultatorischen Erscheinungen der Lunge ebenfalls darauf hinweisen, so bei dem trockenen chronischen Katarrh mit einem sehr geringen Auswurfe: trockene pfeifende Geräusche; bei der Bronchoblennorrhoe mit sehr reichlichem meist dünnflüssigem Auswurfe: feuchte Rasselgeräusche, namentlich an den unteren Lungenpartien.

Viele mit chronischem Bronchialkatarrh behaftete Personen geben auf eindringliches Befragen des Arztes zu, dass sie an einer sogenannten Verschleimung leiden. Dieses Wort „Verschleimung“ ist vieldeutig. Es wird dadurch das häufige Räuspern und Hüsteln bezeichnet, indem man damit gleichsam die Unbedeutendheit dieses Zustandes ankündigen will, denn als erschwerend glaubt man, können nur die laut vernembaren Hustenstöße gelten. Und in der Tat kann diese Verschleimung

eine Folge von chronischen Rachen- und Kehlkopfkatarrhen sein, die allerdings auch nicht gleichgiltig sind; aber eben so häufig sind solche Verschleimungen Anzeichen eines Krankheitsprozesses der Lunge selbst. Es wird ferner damit ausgedrückt, dass die betreffenden Personen des Morgens beim Erwachen durch kürzere oder längere Zeit, durch häufigere oder seltenere Hustenstöße Schleim oder Auswurfsmasse aus den Luftwegen hervorbringen, und dass sie sich Tags über sonst wol und ohne Atembeschwerden befinden. Bei genauer Erwägung und Untersuchung findet man, dass entweder ein chronischer Bronchialkatarrh mit oder ohne Emphysem oder dass ein chronischer Magenkatarrh bei sonst nüchternen Personen oder bei Gewohnheitstrinkern vorhanden ist.

Ein chronischer Bronchialkatarrh lässt eine Versicherung nur nach der II. G. Kl. zu.

Das Lungenemphysem. Es macht sich in der ärztlichen Versicherungspraxis eine Ungleichheit der Anschauung in Betreff der Diagnose und Prognose des Lungenemphysems geltend. Manche Aerzte betrachten jede, wenn auch nur geringe Grenzüberschreitung der Lunge schon als Zeichen eines Emphysems; andere Aerzte dagegen halten auch beträchtliche Erweiterungen der Lungenränder noch nicht für beweiskräftig genug, um auf ein Emphysem anzutragen. Während ferner die Einen das Emphysem als einen unbedingt versicherungsfeindlichen Zustand ansehen und in ihrer Sorgfalt so weit gehen, dass sie solche Personen, die in Folge ihrer Beschäftigung zum Emphysem disponiren, als schon bedenkliche Versicherungsfälle bezeichnen, wissen die Anderen verschiedene Milderungsgründe von Fall zu Fall anzuführen. Ein Emphysem in reiferen und vorgerückten Jahren halten sie als einen natürlichen dem Alter ganz angemessenen Befund; bei einem nicht zu hochgradigen Emphysem in noch jugendlichem Alter und bei guter Gesamternährung können sie dem Gedanken nicht Raum geben, diese geringe Abweichung in dem Elastizitätsvermögen der Lunge als einen krankhaften Zustand zu betrachten. Von demselben Standpunkte ausgehend, halten sie jene Personen, die in Folge ihrer Beschäftigung mit einem Emphysem tatsächlich schon behaftet sind, noch immer nicht als ungünstige Versicherungsfälle, weil — nun weil es sich ja nur um ein „Beschäftigungs- oder Berufsemphysem“ handelt!

Eine solche Verschiedenheit der Anschauungen wirkt störend auf die einheitliche Beurteilung ein. Eine etwas ausführlichere Besprechung des Emphysems dürfte demnach gerechtfertigt erscheinen.

Die nach einer oder nach allen Richtungen erweiterte Lunge, wird ihren Schall so weit ausdehnen, als sie eben reicht, also beim Emphysem über die normale Grenze hinaus, wobei die Dämpfungsgebiete des Brustkorbes, teilweise oder ganz durch den Lungenschall verdeckt werden. Das Spitzenemphysem wird sich auch der Gesichtswarnung durch seine Wulstung nach oben kenntlich machen.

Diese häufigen und wichtigen diagnostischen Merkmale des Emphysems werden jedoch für sich allein ohne die begleitenden Erscheinungen desselben nicht für alle Fälle zutreffend sich erweisen. Bei einer vom Hause aus grossen Lunge, (*volumen pulmonum auctum*) können diese Grenzüberschreitungen noch mit normalen Verhältnissen sich decken. Eine geringe Erweiterung der Lunge kann, allerdings nur in vereinzelten Fällen, als Folgezustand von heftigen Hustenanfällen, bei lang andauerndem Keuchhusten in den Kinderjahren, sich herausstellen ohne dass dabei die Elastizität der Lunge eine wirkliche Einbusse erlitten hat. Doch dürfen solche Grenzüberschreitungen nicht zu auffällig sein.

Im Allgemeinen kann man von folgenden Gesichtspunkten sich leiten lassen. Bedeutende Grenzüberschreitungen von einem halben bis zu einem ganzen Intercostalraume nach unten; ferner solche, wenn auch nur geringere Ueberschreitungen nach vorne, so dass das Herz, wenn auch nur zum kleinen Teile bedeckt erscheint, endlich, jede Grenzüberschreitung nach beiden Richtungen nach unten und nach vorne zeigen auf Emphysem hin. Dabei jedoch muss man das vorgerückte Alter berücksichtigen. Beim Tiefstand des Zwerchfelles, wo die Lunge um einen halben bis zu einem ganzen Intercostalraum tiefer herabreicht, wird auch das Herz sich tiefer stellen müssen; dies wird zur Folge haben, dass das Dämpfungsgebiet des Herzens eine, wenn auch nicht zu bedeutend, geringere sein wird und zwar in der Längsrichtung, da die untere Grenze des Herzens, die in die Leberdämpfung übergeht, nicht recht bestimmbar ist, und in der Breitenrichtung, da die physiologischen Verhältnisse daselbst, eine, wenn auch nur sehr geringe Verdeckung bedingen. Bei

dem Umstande jedoch, dass Emphysem bei älteren Personen viel häufiger sich einstellt als bei jüngeren, und solche Verhältnisse, wenn sie auffälliger sich machen, eben so wol ein Emphysem vortäuschen, als auch den wirklichen Beginn desselben bedeuten können, so wird der Versicherungsarzt hier eine besondere Sorgfalt aufwenden müssen. Zur Kontrolle wird die Perkussion in der Axillarlinie dienen können. In dieser Altersperiode des Menschen halten, bei normalen Zuständen, die Perkussionsgegenden in der Mammillar- und in der Axillarlinie nicht gleichen Schritt; während der helle Perkussionsschall in der Mammillarlinie tiefer sich erstreckt und also tiefere Lungengrenzen anzeigt, ist dies nicht, wenigstens in demselben Masse nicht, in der Axillarlinie der Fall. Wo dies aber dennoch zutrifft, wo also auch in der Axillarlinie der helle Schall weiter, etwa bis zu einem Intercostalraum weiter, nach abwärts reicht, so zeigt ein solcher Befund an, dass hier eine Verdeckung, eine Herabdrückung der Leberdämpfung stattgefunden hat und gibt somit ein sicheres Merkmal für das Vorhandensein eines Emphysems ab. Es ist selbstverständlich, dass auch auf der linken Brusthälfte ähnliche Verhältnisse warzunehmen sind.

Eine notwendige Folge der verminderten Elastizität, ist die verminderte Beweglichkeit der Lunge, die durch eine beschränkte Auslaufweite sich kenntlich machen muss. Die aufgeblähte Lunge wird weder bei tiefer Einatmung beträchtlich mehr sich erweitern, noch bei eben solcher Ausatmung entsprechend genug sich zusammenziehen können. Bei einer grossen Lunge müssen sogar solche Erweiterungen nach unten tiefer sich erstrecken, als dies sonst der Fall ist. In den mittleren Lebensjahren, bis zum Greisenalter hinan, sollen bei nicht starren Wänden, die Bewegungen der Lunge fast eben so ausgiebig sich erweisen, als im jugendlichen Alter, wenn anders die Lunge als funktionsvolltätig noch betrachtet werden soll.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass dieses diagnostische Merkmal erst dann sich vollständig bewären wird, wenn ein ganzer oder beträchtlicher Teil der Lunge eine Einbusse an Elastizität erlitten hat. In den ersten Anfängen und bei geringem Umfange wird die verringerte Beweglichkeit der Lunge kaum auffallend genug sich bemerklich machen; schon darum nicht, weil eine anstrengende Atmungstätigkeit die Mithilfe auch der entfernteren Respirationsmuskeln — für den Moment der

Untersuchung — in Anspruch nehmen kann. Zumeist jedoch sind es die katarrhalischen Erscheinungen, die oft stark vernembaren Rasselgeräusche gewöhnlich in den unteren Lungenlappen, welche die Diagnose auf Lungenemphysem besiegeln. Der Katarrh kann zwar mitunter auch felen, je nach der Jahreszeit oder je nach den therapeutischen Einwirkungen; gewisse Spuren jedoch, werden immer zurückbleiben. Sehr oft werden an den bezeichneten Stellen, ein gedentes Exspirationsgeräusch, ein abgeschwächtes, oder kaum noch hörbares Atmen vorhanden sein.

Die verschiedenen, ausserhalb der Lunge sich vorfindenden Merkzeichen des Emphysems, kommen erst im vorgeschrittenen Stadium desselben zum Vorscheine; so: die Trockenheit der Haut, die überwiegende Fettbildung auf Kosten der Muskulatur; ferner als Folgen der eingetretenen Zirkulationsstörungen: die Blaufärbung der Haut und der Schleimhäute, die durchschimmernden Venen an den Wangen und an der Nase; die Hypertrophie des rechten Ventrikels; die Accentuirung des zweiten Pulmonaltones; die nur schwach- oder gar nicht sicht- und fühlbare Herzspitze und die Pulsatio epigastrica.

Endlich ist es der Brustkorb selbst, der, wenn auch nur in den selteneren Fällen, durch seine stets inspiratorische Stellung und durch die daraus sich ergebende emphysematöse Form, die untrüglichen Zeichen des Emphysems darbietet.

Es müssen hier noch einige Bemerkungen über die Disposition zu Emphysem, die in der Beschäftigung und in dem Berufe gelegen sind, angefügt werden.

Eine Beschäftigung, die mit dem Einatmen feiner Partikelchen verbunden ist, ein Beruf der eine anstrengendere Atmungstätigkeit, oder auch eine Verstärkung des Expirationsdruckes, also ein anhaltenderes Ausatmen erfordert, werden gemeinhin als fördernde Momente zur Erlangung eines Emphysems bezeichnet.

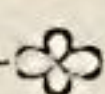
Zu den ersteren gehören: Bäker, Müller und sonst noch die Staubarbeiter; zu den letzteren gehören überhaupt alle jene Personen, die schwere Arbeiten verrichten, ferner solche, bei denen ein stärkeres Ausatmen vorwiegend ist, wie bei Bläsern überhaupt, namentlich Instrumentenbläsern, ferner Sänger,

Lehrer, Prediger u. s. w. Bergsteiger und Bergbewoner, sie alle hätten eine Anwartschaft auf Emphysem.

Auf Grund vielfacher Erfahrung jedoch muss man diesen Anschauungen namentlich in Betreff der Schädlichkeit des Berufes in ihrer Allgemeinheit entgegentreten. Eine grosse, ja überwiegende Anzahl solcher Personen, weisen nach jahrelang andauernder und anstrengender Tätigkeit in ihrem Berufe keine Spur von Emphysem auf. Was die Beschäftigung anbelangt, so sind wol Bäcker, Müller und sonstige Staubarbeiter zu Bronchialkatarrhen geneigt; wo ein solcher vorhanden und namentlich chronisch ist, hat man wol die Berechtigung vor Emphysem zu warnen u. z. um so mehr, als die fortgesetzte Schädlichkeit den Katarrh stets unterhält; wo dies jedoch nicht stattfindet und nach jahrelanger Beschäftigung kein Bronchialkatarrh sich bemerklich macht, ist wol anzunehmen, dass die Atmungsorgane diesen Schädlichkeiten eine gewisse Toleranz entgegen bringen.

Wo eine Eignung zu Emphysem besteht, werden natürlich solche Personen um so eher davon betroffen werden, und eben so natürlich ist es, dass wenn ein Emphysem tatsächlich schon vorhanden ist, diese Schädlichkeiten der Beschäftigung oder etwa des Berufes einen umso ungünstigeren Einfluss ausüben werden. Für die Disposition der Lehrer, Sänger und Prediger zu Emphysem spricht wol die Theorie, doch keineswegs die Erfahrung.

Die Beurteilung des Emphysems ist insoferne mit Schwierigkeiten verbunden, als hier, namentlich im Beginne desselben, nicht so viele diagnostische Merkmale, wie etwa bei Herzfehlern zugegen sind. Im Allgemeinen wird man einen Emphysematiker nur nach der III. G. Kl. berücksichtigen können; doch nur dann, wenn noch keine Zirkulationsstörungen sich vorzeigen; wenn keine übergrosse Fettigkeit sich vorfindet, und der allgemeine Ernährungszustand nicht merklich beeinträchtigt ist.



Das Herz und die Gefässe.

Das Herz.

Die Grenzen des Herzens. — Dilatation und Hypertrophie der Ventrikel. -- Die Merkmale der Hypertrophie. — Die Herzspitze. — Der Herzstoss und seine pathognostischen Zeichen. — Die idiopathische Herzvergrösserung und ihre Beurteilung. — Die Herztöne; ihre Stärke und ihre Reinheit. — Die organischen Geräusche. — Herzfehler. — Die Hypertrophie der Ventrikel und die anderen begleitenden Erscheinungen der Herzfehler. — Die anorganischen Geräusche. — Die Prognose der Herzfehler. — Die Folgen der Herzfehler: Krankheiten der anderen Organe, die Erscheinungen des gestörten Kreislaufes und die Beschwerden. — Die Compensation der Herzfehler. — Die Beurteilung der Beschaffenheit der Compensation. — Die Neurosen des Herzens: Angina pectoris; Herzklopfen; Tachycardie; Intermittenz; Arytmie; Delirium cordis und Tremor cordis. — Brachycardie. — Die Beurteilung derselben.

Die Prüfung erstreckt sich auf die Grenzen des Herzens, auf die Herzspitze, auf die Klappen und auf die Neurosen des Herzens.

Die Grenzen des Herzens. Das Gebiet der nachweisbaren Herzdämpfung lässt sich nicht immer in scharfen Linien und nicht bei allen Menschen in gleicher Weise bestimmen. Schon der Brustkorb an und für sich weiset, je nach der Verschiedenheit seiner Entwicklung, eine Verschiedenheit seiner Herzgrenzen auf. Je flacher er ist und mithin je breiter das Herz der Brustwand anliegt, in desto grösserem Umfange muss es der Perkussion zugänglich werden. Die Grenzen erscheinen hier teilweise hinausgeschoben und etwas weiter gerückt, als bei einem gewölbten Brustkorbe. Was demnach bei einem ausgesprochen flachen Brustkorbe noch als normal gelten kann, muss bei einem gewölbten Brustkorbe schon als ein pathologisches Zeichen einer Herzvergrösserung angesehen werden.*)

In der Regel beginnt die Herzdämpfung am oberen Rande der vierten Rippe nahe dem Knorpelende — bei ganz flachem Brustkorbe etwas höher hinauf. — Eine gekrümmte, nach links abgelenkte Linie, von hier bis unterhalb der Brustwarze umschreibt

*) Oscar Fräntzel. Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens.

so ungefähr die linke Grenze. Es ist dies allerdings keine treffsichere Grenzbestimmung. Als rechte Grenze kann der linke Sternalrand angesehen werden. Bei sehr flachem Brustkorbe jedoch kann die Dämpfung bis über den linken Sternalrand, ja fast bis zur Mitte des Sternums reichen, ohne dass man beim Abgehen aller anderen diagnostischen Merkmale mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Vergrösserung des rechten Ventrikels schliessen kann. Die Bestimmung der rechten Herzgrenze erfordert mitunter eine sorgfältige Handhabung des Perkussionsanschlages, da eine vorhandene aber noch nicht deutlich sich machende Dämpfung durch den hellen Schall des Sternums auch gedeckt werden kann. Man wird bei solchen nicht ganz ausgesprochenen Fällen, einen etwas stärkeren Perkussionsanschlag in Anwendung bringen müssen. Nach unten reicht die Herzdämpfung bis zur linken Mammillarlinie, dort wo die Herzspitze fühlbar ist. Nicht immer jedoch kann die Herzdämpfung daselbst von der Dämpfung des linken Leberlappens sich abscheiden lassen. Einen ganz bestimmten Anhaltspunkt bietet die untere Grenze nach links und aussen. Links von dem Orte des Herzimpulses hört die Dämpfung auf und beginnt der helle Lungenschall.

Jenachdem der linke oder der rechte Ventrikel erweitert ist, wird die Dämpfung weiter nach links, der Achselhöhle zu, oder weiter nach rechts, bis über den linken oder gar den rechten Sternalrand sich erstrecken.

Durch die Perkussion allein, bekommen wir so eigentlich mehr Aufschluss über die Dilatation, als über die Hypertrophie der Herzwände. Eine Verstärkung der Herzmuskeln um ein halbes Ctm., ist schon so beträchtlich, wie sie kaum vorkommt, und doch wird eine solche auch durch den empfindlichsten Perkussionsanschlag nicht nachweisbar sein.*) Weit eher wird eine Hypertrophie durch den Herzimpuls und eben so durch die Verstärkung der zweiten Töne erkennbar sein; wenn auch zugestanden werden muss, dass der Druck des in den dilatirten Ventrikeln angesammelten Blutes annähernd ähnliche Wirkungen, als die Hypertrophie zu erzielen vermag. Ob eine Hypertrophie besteht und ob sie in voller, ungestörter Kraft ihre Wirkung äussert, wird zumeist aus dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein gewisser Erscheinungen erschlossen,

*) Oscar Fräntzel. Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens.

wie solche den Herzfelern zu eigen sind. Dieser Umstand hat für die Prognose der minderwertigen Leben insoferne eine Bedeutung, als nur die Hypertrophie der Herzwand, nicht aber die Dilatation der Herzhöhle, als „Compensation“ der Herzfehler angesehen werden kann. In der Mehrheit der Fälle jedoch stellt bei der Dilatation sich bald die Hypertrophie ein. Der Kürze wegen soll im Folgenden statt beider Ausdrücke blos die Hypertrophie angeführt werden.

Der Herzstoss. Die Prüfung des Herzstosses durch Besichtigung und Betastung erstreckt sich auf die Abweichungen desselben bei pathologischen Verhältnissen, insbesondere bei gegebener Hypertrophie der Ventrikel.

Der Herzstoss ist bei ganz jungen Personen etwa im vierten, bei älteren in der Regel im fünften und bei bejahrten zumeist im sechsten Intercostalraum und befindet sich mehr einwärts von der Brustwarze. Die Vorwölbung ist in der Regel nur gering, im Umfang von ungefähr ein bis zwei Ctm. Für den Tastsinn erscheint der Herzstoss als ein mässiges Anprallen eines rundlichen festen Körpers mit seinem Ende an den tastenden Finger, wobei die Grösse des anprallenden Stückes beiläufig die einer Fingerspize ist. Die Pulsation ist auf eine umschriebene Stelle beschränkt.

Eine ausgesprochene Ortsveränderung des Herzstosses nach oben oder nach unten hängt häufig vom Stande des Zwerchfelles ab, dessen Bewegung die Herzspize und der untere Abschnitt des Herzens mitmachen müssen. Schon bei normalen Verhältnissen wird die Herzspize je nach der wechselnden Ein- und Ausatmung, tiefer oder höher sich befinden. Ist ein solcher Stand des Zwerchfelles bleibend, also pathologisch, abnorm tief bei Emphysem, ungewöhnlich hoch bei Schrumpfung der Lunge, so ist auch die Herzspize bleibend herab- oder hinaufgedrückt. Zumeist jedoch weisen die Ortsveränderungen des Herzstosses, d. h. der Herzspize auf eine Hypertrophie der Herzabschnitte hin. Bei einer Hypertrophie der Ventrikel ist der Herzstoss überhaupt nach abwärts gedrängt.

Der Umfang, die Ausbreitung und die Stärke des Herzstosses bieten weitere Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Herzhypertrophie.

Ein Umfang, der zwei bis zwei ein halb Ctm. übersteigt, eine Ausbreitung, die auf zwei bis drei Zwischenrippenräume

sich erstreckt und ein so mächtiges Anprallen des Herzstosses, dass es die Brustwand erschüttert und hebt, weisen, je nach der Richtung derselben, nach links oder rechts, auf eine Hypertrophie des linken oder des rechten Ventrikels. Die Erschütterung und Hebung des Brustkorbes bieten für die Hypertrophien ganz besonders bezeichnende Merkmale. Eine systolische Hebung in der Gegend zwischen dem linken Sternalrande und der linken Mammillarlinie lässt auf eine Hypertrophie des linken Ventrikels schliessen. Wird nur der untere Teil des Brustbeines gehoben, so schliesst man auf eine Hypertrophie des rechten Ventrikels. Breitet sich die systolische Hebung vom rechten Sternalrande bis zur linken Mammillarlinie aus, so ist eine Hypertrophie beider Ventrikel gegeben.

Nur in vereinzelten Fällen kann eine solche — vorübergehende — Erschütterung der Herzwand auch unabhängig von einer Hypertrophie vorkommen. Es ist eine den Versicherungsärzten bekannte Erscheinung, dass manche hochgradig nervöse, zumeist junge hochaufgeschossene blonde Personen, im Momente der Untersuchung einen derartigen erschütternden Herzstoss und Hebung der Brustwand aufweisen, wie solche einer hochgradigen Herzhypertrophie zu eigen sind.

Die Stärke des Herzstosses äussert sich mitunter in einer epigastrischen Pulsation, die ebenfalls auf eine Hypertrophie der Ventrikel zurückgeführt werden kann. So auf eine Hypertrophie des rechten Ventrikels: bei gleichzeitig vorhandenem Emphysem; hier pflegt der Spitzenstoss an der gewöhnlichen Stelle nicht, oder nur sehr schwach fühlbar zu sein; oder bei der Stenose der Mitralis; ferner auf eine Hypertrophie des linken Ventrikels, wenn die epigastrische Pulsation als ein fortgeleiteter Puls der Bauchaorta sich herausstellt. Mitunter liegen dieser Pulsatio epigastrica andere pathologische, oder auch ganz physiologische Ursachen zu Grunde.

Die Schwäche des Herzstosses findet sich oft bei allgemeiner Schwäche des Körpers, bei verminderter Innervation des Herzens, etwa bei Fettherz, bei Lungenemphysem, wol auch bei Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel. In diesem letzteren Falle kann bei der Systole statt einer Hervorwölbung eine Einziehung zugegen sein.

Die Herzhypertrophien sind wol in ihrer Mehrheit Folgezustände von Stauungen im Kreislaufe, sei es bei Herz- oder

Lungenkrankheiten, in manchen, wenn auch selteneren Fällen jedoch können solche Hypertrophien selbständig, ohne vorhandene Kreislaufstörung entstehen, die demgemäss als „Idiopathische“ bezeichnet werden.

Die idiopathische Herzvergrösserung. Die Merkmale derselben sind eigentlich mehr negativer Art: wenn nemlich kein Geräusch sich hörbar macht, wenn keine auf Herzfehler hinweisende Erscheinungen sich vorfinden und wenn keine Lungenkrankheit zugegen ist.

Die idiopathische Herzvergrösserung stellt sich dar als Ausdruck der Ueberanstrengung des Herzens, durch schwere körperliche Arbeitsleistung, oder als Folge von ungeeigneter Lebensweise, bei Alkoholikern und Schlemmern. Daran reiht sich das Fettherz als ein Zustand, der mit dieser Lebensweise in Zusammenhang gebracht werden kann und nach Anschauungen mancher Forscher auch die chronische Nikotinvergiftung.

Die Beurteilung der idiopathischen Herzvergrösserungen. Von der idiopathischen Herzvergrösserung lässt die Hypertrophie, die als Folge von Ueberanstrengung entsteht, die mildeste Deutung zu. Wo die schädigenden Momente sich allmählig verringern, oder nicht mehr fortwirken, können bei sonst günstigem Befunde, solche Versicherungsfälle auch nach der I. oder II. G. Kl. bemessen werden. Eine Herzvergrösserung bei Alkoholikern schliesst selbstverständlich jede Versicherung aus. Ursache und Wirkung verschlechtern vereint den Versicherungsfall. Schlemmer sind schon an und für sich keine wünschenswerte Versicherungsfälle, um so weniger, wenn sie eine Herzhypertrophie aufweisen. Ihre Berücksichtigung nach der III. G. Kl. wird immerhin eine sorgfältige Erwägung erheischen. Das Vorhandensein eines Fettherzens lässt sich nur schwer und kaum je mit Sicherheit feststellen. Allgemeine Fettigkeit, mit verbreiteter Herzdämpfung, wobei man nur zu oft im Unklaren ist, ob diese auf das Herz selbst, oder auf die Fettpolsterung sich bezieht, ein schwacher Herzimpuls sollen darauf, oder auf die Anlage darauf hinweisen. Die Obduktionsbefunde vieler solcher Fälle, bestätigen dies nicht; der Versicherungsarzt jedoch muss vorläufig nach diesem, jedenfalls auch sonst nicht günstigen Befunde sich richten und solche Fälle den „minderwertigen Leben“ anreihen. Ob man auch starkes Rauchen

für das Vorhandensein einer Herzhypertrophie verantwortlich machen kann, ist wol sehr fraglich. Man kann annemen, dass Nikotin auf die Nerven, nicht aber auf die Erweiterung des Herzens einen Einfluss ausübe.

Von grosser diagnostischer Bedeutung ist der Umstand, dass eine idiopathische Hypertrophie des linken Ventrikels, oft mit einer Arteriosklerose der Aorta, sowie auch mit einer Nierenerkrankung im Zusammenhange steht.

Die Herztöne werden geprüft: auf ihre Stärke, zumal auf ihre Verstärkung und auf ihre Reinheit.

Die Stärke der Töne. Der systolische Ton an den venösen Ostien ist stärker als der diastolische; bei den Gefässen ist das Entgegengesetzte der Fall, hier ist der zweite Ton stärker als der erste; der zweite Ton der Aorta ist stärker als der der Pulmonalis. Charakteristische Merkmale des verstärkten Blutdruckes bieten nur die zweiten Gefässtöne. Da ein muskelverstärkter Ventrikel das Blut mit einem grösseren Kraftaufwande in die Gefässe treibt und einen entsprechend stärkeren Rückstoss zur Folge hat als der normal bemuskelte Ventrikel, so werden wir aus den Verstärkungen der zweiten Gefässtöne einen Rückschluss auf eine vorhandene Hypertrophie der betreffenden Ventrikel anstellen.

Solche Verstärkungen der zweiten Gefässtöne sind gegeben: bei einem Aneurysma der Aorta. Teils durch die im Aneurysmasacke angehäuften Blutmenge, teils durch die Hypertrophie des linken Ventrikels wird eine Verstärkung des zweiten Aortentones herbeigeführt. Ebenso können atheromatöse Prozesse der Aorta, zu welchen gemeinhin eine Hypertrophie des linken Ventrikels sich gesellt, Bedingnisse zur Hervorbringung eines klingenden zweiten Aortentones abgeben. Ferner bei Stauungen im Lungenkreislaufe, eine vorhandene Blutüberfüllung in der Pulmonalarterie, bei gleichzeitig vorhandener Hypertrophie des rechten Ventrikels, werden eine Verstärkung — Accentuation — oder eine Spaltung des zweiten Pulmonaltones hervorrufen.

Die Verstärkung sämtlicher Herztöne kann rein physiologische Grundlagen haben: wie übergrosse geistige oder körperliche Anstrengung, Aufregungen, eine magere Brustwand u. s. w.

Bei der Schwäche der Töne tritt das entgegengesetzte Verhältnis ein; hier wird nicht die Schwäche des einzelnen Tones, sondern die sämtlicher Töne gedeutet. Wo nicht eine starke oder fettreiche Brustwand eine solche Abschwächung verursacht, kann man, besonders bei ganz abnorm schwachen Tönen auf allgemeine Schwäche, auf Verfettung des Herzens, auf Lungenemphysem u. s. w. schliessen.

Die Reinheit der Töne. Herztöne, denen die Eigenschaft des „Klappens“ abgeht, die nicht hell und deutlich, sondern dumpf und verschwommen sind, und die das Klangartige vermissen lassen, werden als unrein bezeichnet.

Die unreinen Töne können auch bei einem ganz gesunden Herzen vorkommen. Sie verdanken dann ihre Entstehung solchen Anomalien, die einen Einfluss auf die vollständige Spannung, nicht aber auf den vollständigen Verschluss der Klappen ausüben. Nicht selten jedoch haben die unreinen Töne eine grössere Bedeutung und ist es ein Geräusch, welches sie zu Grunde haben; ein Geräusch, welches entweder schon vorhanden, aber so leicht ist, dass dessen Warnemung nur dem sehr aufmerksam auskultirenden Ohre häufig erst nach einer ausgeführten körperlichen Bewegung der Person hörbar wird, oder dass ein solches noch nicht zugegen ist, dessen späteres Eintreffen jedoch mit Warscheinlichkeit angenommen werden darf.

Es ist ein Gebot der Vorsicht bei unreinen Tönen, eine wiederholte Untersuchung vorzunehmen, ferner den Untersuchten gewisse körperliche Bewegungen, rasches Auf- und Abgehen, ausführen zu lassen, und in jedem Falle Erkundigungen bei dem Hausarzte der Person anzustellen.

Beim Vorhandensein von anderen verdächtigen Erscheinungen am Herzen, an den grossen Gefässen, oder auch an dem Puls, muss man solchen unreinen Tönen die Bedeutung eines Geräusches beimessen.*)

*) Der Verfasser hat in Betreff der unreinen Töne wiederholt sehr ungünstige Erfahrungen gemacht. Aerzte, die sonst durch Verlässlichkeit sich auszeichneten, von denen also vorausgesetzt werden konnte, dass sie bei vorhandenen dumpfen Tönen die genaueste auskultatorische Untersuchung vorgenommen haben, gaben oft an, dass bei dem betreffenden Falle kein Verdacht auf ein Herzleiden vorliege. Die Folge, mitunter die nächste Folge widersprach nicht selten dieser günstigen Diagnose.

Ein doppelter „diastolischer“ Ton an der Mitralis findet sich oft bei der Stenose derselben vor und hat den Charakter eines Geräusches. Ein doppelter „systolischer“ Ton daselbst wird gemeinhin als minder bedenklich betrachtet.

Die Geräusche. Herkömmlich unterscheidet man organische und anorganische (accidentelle) Geräusche, und versteht unter den Ersteren solche, die eine anatomische Veränderung der Klappen anzeigen, während bei den Lezteren dies nicht der Fall ist, wenigstens nicht sein muss.

Die organischen Geräusche — Herzfehler. — Es kann hier nicht die Aufgabe sein, auf die Diagnose der einzelnen Herzfehler einzugehen, nur mögen gewisse begleitende Zustände und Merkmale derselben eine flüchtige Erwähnung finden.

Bei allen Herzfehlern wird in der Regel bald oder im späteren Verlaufe derselben eine Hypertrophie der Ventrikel sich einstellen, und diese Hypertrophie ist bekanntlich ein verhältnismässig günstiger, die Zirkulationsstörung teilweise ausgleichender Zustand.

Wir finden bei der Insuffizienz der Mitralis eine Hypertrophie des rechten, mitunter auch des linken Ventrikels und als Folge der Ersteren eine Accentuation des zweiten Pulmonaltones. Zuweilen auch ein systolisches Schwirren an der Herzspitze.

Bei der Stenose der Mitralis finden wir ebenfalls eine Hypertrophie und zwar des rechten Ventrikels und ebenso eine Accentuation oder eine Spaltung des zweiten Pulmonaltones. Ein systolisches oder ein präsysolisches Geräusch, mitunter blos ein diastolischer Doppelton, zuweilen auch eine Arytmie des Herzens, oder eine epigastrische Pulsation werden die Diagnose sicherstellen.

Bei der Insuffizienz der Aorta ist gewöhnlich die Hypertrophie des linken Ventrikels eine beträchtliche, worauf auch die Erscheinungen beim Herzstosse hinweisen. Hier hat auch der Puls eine grössere diagnostische Bedeutung, als sonst bei den anderen Herzfehlern. Die Bewegungen des Radialpulses, das rasche Ansteigen der Blutwelle, so dass bei der Systole die Arterienwand dem zufühenden Finger sich förmlich entgegenschneilt und eben so rasch und plötzlich wieder abfällt; der „Pulsus celer et altus“ auch „Capricans“ genannt,

gibt für die Diagnose einer Aorteninsuffizienz ein ganz charakteristisches Merkmal ab.

Bei der Stenose der Aorta findet sich ebenfalls eine Hypertrophie des linken Ventrikels vor, wobei der Spitzenstoss nach links verschoben ist.

Die anorganischen Geräusche entstehen in Folge der Krankheitszustände anderer Organe. Sie sind mehr blasend, hauchend, zart und weich. Sie finden sich an dem linken venösen Ostium und an der Pulmonalis u. zw. nur als systolische Geräusche. Sie kommen namentlich bei anämischen, chlorotischen und leukämischen Zuständen vor. Zumeist ist damit ein Nonnengeräusch verbunden.

Die Prognose der Herzfehler. Nach dem jetzigen Systeme der Auslese, welches nur vollwertige Leben zur Versicherung zulässt, hat der Vertrauensarzt mit der Diagnose seine Aufgabe erfüllt, die Prognose, die in seiner Denktätigkeit als Heilarzt gelegen ist, entzieht sich seiner Beurteilung als Versicherungsarzt; denn in der Versicherungspraxis gilt die Norm, dass Herzfehler jede Versicherung, selbst gegen bedeutende Prämien-erhöhung ausschliessen. Dass viele mit einem Herzfehler behafteten Personen Jahre, ja Jahrzehnte hindurch oft in solch ungetrübter Gesundheit fortleben, dass sie kaum ihres Zustandes sich bewusst sind, ist zwar eine unleugbare Tatsache,*) es ist aber nicht minder Tatsache, dass ein ebenso grosser, vielleicht noch grösserer Teil von Herzleidenden frühzeitig oder plötzlich mit dem Tode abgeht. Die Versicherungsanstalten sind im vollen Rechte, wenn sie ihrem Prinzipie getreu solche Personen unentwegt ablenen. Anders jedoch dort, wo auch minderwertige Leben zur Versicherung zugelassen werden. Nach dem Prinzipie der „erweiterten Auslese“ ist die Prognose, das Zusammenfassen aller jener Momente, die auf die längere Andauer des Lebens von Einfluss sind, unerlässlich und eine der wichtigsten Aufgaben des Versicherungsarztes.

*) Sir Andrew Clark in London gibt eine Beobachtungsziffer von 648 Fällen, bei welchen eine Klappenkrankheit fünf Jahre lang bestanden hatte, ohne dass ihre Anwesenheit durch Symptome angezeigt war, welche die Gesundheit ernstlich störten. In vielen Fällen bestand das Stadium der ungestörten Compensation weit über fünf, bis zu zwanzig Jahren.

Der Versicherungsarzt wird sein Augenmerk richten müssen auf die Folgen der Herzfehler, nemlich auf die Krankheiten, die sich dabei in den anderen Organen entwickeln, dann auf die Erscheinungen des gestörten Kreislaufes und endlich auf die vorhandenen Beschwerden.

Die krankhaften Veränderungen in den Organen. Da alle Störungen des Kreislaufes, gleichgiltig ob ein erschwertes Einströmen, oder ein erleichtertes Zurückströmen des Blutes stattfindet, darauf beruhen, dass das Blut nebst seiner Bewegung nach vorwärts auch eine solche nach rückwärts erlangt, so werden sich Stauungen im kleinen Kreisläufe herausbilden, die sich vorerst an Ort und Stelle, in den Respirationsorganen geltend machen werden. Da diese der Untersuchung am meisten zugänglich sind, so wird der Versicherungsarzt hier am ehesten in der Lage sein, die Spuren des gestörten Kreislaufes zu verfolgen. Selbstverständlich können solche Stauungen auch durch Lungenkrankheiten an und für sich, durch Unwegsamkeit des Capillargebietes hervorgebracht werden.

Im Verlaufe der Herzkrankheiten können diese Stauungszustände auf die Leber, Milz, Niere und auf den Verdauungstrakt übergreifen. Die Untersuchung darauf wird bei diesen Organen sich schon schwieriger gestalten. Die Leber und die Milz werden etwa durch ihre bedeutende Vergrößerungen sich auffällig machen. Ist vielleicht eine ikterische Färbung zugegen, so ist die Diagnose einer Stauungsleber sichergestellt. Die Stauungsniere wird, wenn auch nicht immer in ganz zuverlässiger Weise, durch den Harnbefund sich ergeben. Eiweiss kann wol fehlen oder nur in geringer Menge vorhanden sein, doch ist der Harn dunkler, konzentrierter, von hohem spezifischen Gewichte und von stärkerem Säuregrade. Es bilden sich daher in demselben Sedimente von Harnsäure oder harnsaurem Natron. Die Stauungen im Speisetrakt werden sich in Verdauungsstörungen kundgeben, die wol der Beobachtung des Versicherungsarztes sich entziehen, doch hier werden die Angaben des Hausarztes massgebend sein.

Die Erscheinungen des gestörten Kreislaufes. Die venöse Beschaffenheit des Blutes wird sich durch eine cyanotische Färbung der Lippen, der Nasenflügel, der Wangen u. s. w. kenntlich machen. Teilweise werden auch die Anschwellungen

der Venen, namentlich der grossen äusseren Halsvenen, darauf hinweisen. Bei den Mitralfelern ist die Cyanose stärker ausgesprochen, als bei den Aortenfelern, wo oft statt der Cyanose eine tiefblasse Hautfarbe sich vorfindet. Endlich stellen sich auch Oedeme, im Beginne an abhängigen Körperteilen ein, die nach und nach zum Hydrops sich steigern.

Die vorhandenen Beschwerden. Diese beschränken sich nicht immer auf das Herz selbst; gerade diese Symptome können derart geringfügig sein, dass die Herzleidenden eher mit allen anderen Krankheiten behaftet zu sein glauben, als eben mit Herzfelern. Solche Beschwerden können zur Zeit schon auftreten, wo die anderen Organe noch normale Befunde ergeben und weisen darauf hin, dass der Herzfehler seine Wirkung auszuüben beginnt. In der Regel sind es Erscheinungen, der gestörten Atmungstätigkeit, Kurzatmigkeit, Beklommenheit, die den Herzleidenden beängstigen. Auch rheumatische Leiden, auf Schultern und Arm ausstralende Schmerzen, stellen sich oft ein u. s. w. Zustände, die man zumeist nicht unschwer aus dem leidenden Gesichtsausdrucke entnemen wird. Und was der Versicherungsarzt nicht aus dem Gesichte herunterlesen kann, wird er anamnestisch zu erforschen trachten.

Die Compensation der Herzfehler. Alle Folgezustände der Herzfehler können bekanntlich abgehen, in so lange die starken oder vielmehr die verstärkten Muskelwände, die Zirkulationshindernisse zu überwinden und den ungestörten Kreislauf herzustellen vermögen. Diese durch anstrengende Arbeitsleistung entstandene Hypertrophie ist demnach eine Folge der Herzfehler und zugleich die Compensation derselben. Selbstverständlich werden die hypertrophirten Ventrikel nur so lange die durch insuffiziente oder stenosirte Klappen gesetzten Hindernisse überwinden können, als sie noch nicht abgenützt und nicht fettig entartet sind. Dies lässt sich aber aus den physischen Untersuchungsmethoden durchaus nicht erschliessen, da, wie schon angeführt wurde, die Perkussion nur über die Grösse, über die erweiterten Grenzen des Herzens, nicht aber über die Mächtigkeit der Muskelwände Auskunft geben kann. Nur bei einzelnen Fällen werden wir durch einen sehr schwachen und auffallend verlangsamten Puls einen Schluss auf die Ernährungsstörungen in den Herzmuskeln, etwa auf ihre Verfettung ziehen

können. In der Mehrheit sind es die Zustände selbst, die Aufschluss geben. Aus dem Abgehen aller Folgekrankheiten, und aus dem Vorhandensein von günstigen Zuständen sind wir berechtigt, über die stete Funktionstüchtigkeit der Ventrikel ein Urteil abzugeben. Die vorhandenen günstigen Zustände beziehen sich auf die gute Ernährung, auf die gesunde Hautfärbung und auf den frischen, keine Leiden verratenden Gesichtsausdruck und namentlich auf das Vorhandensein von heilsamen hygienischen Verhältnissen, die nicht bloß in negativer sondern in positiver Weise einwirken, das heisst, dass sie nicht bloß die Schädlichkeiten hintanhaltend, sondern an und für sich geeignet sind, die andauernde Arbeitsleistung der Ventrikel aufrecht zu erhalten. Solche Zustände und Verhältnisse kommen zwar nicht immer bei sonst anderen Versicherungsfällen vereint vor, hier jedoch werden sie als notwendig erachtet, wenn die Versicherungsanstalten mit Beruhigung auf die Versicherung eingehen sollen.

Dabei ist zu bemerken, dass manche geringfügige, von der Person der Gewonheit wegen kaum beachtete Beschwerden, ebenso ein leicht bläulicher Anflug an zarten Hautstellen immerhin zugegen sein können — dafür ist ja eben ein Herzfehler vorhanden — doch dürfen diese nicht zu hoch in Anschlag gebracht werden. Auch die Veränderungen an der Herzspitze, eine Ortsveränderung derselben, ein verbreiteter, hebender Stoss u. s. w. werden selbstverständlich fortbestehen, doch nicht so eigentlich als Folgen der Herzfehler, als vielmehr als Folgen der Hypertrophie der Ventrikel, der Zustände also, die die Compensation bewirken.

Die Prognose der Herzfehler richtet sich demnach nur nach der „Beschaffenheit der Compensation“; jede andere Beurteilung, die Abschätzung der einzelnen Herzfehler nach ihren Gefahrmomenten entbehrt der Verlässlichkeit. So sollen die Insuffizienzen geringere Gefahren mit sich bringen als die Stenosen, die häufig mit grösseren Beschwerden verbunden sind, die Insuffizienz der Aorta, deren Compensation durch den stark bemuskelten linken Ventrikel hergestellt ist, günstigere Verhältnisse bieten, als die der Mitralis; ebenso soll die Stenose der Aorta, die überhaupt nicht hochgradig zu sein pflegt, von minderem schädlichen Einflusse sein, als die der Mitralis. Dagegen jedoch muss geltend gemacht werden,

dass Insuffizienzen allein nur seltener vorkommen und häufig sich Stenosen hinzugesellen; ferner dass solche Insuffizienzen an der Aorta, häufig in Folge ihrer „atheromatösen Prozesse“ entstehen, welche die Gefärsmomente erhöhen, sowie auch, dass die Embolien ihren Ursprung zumeist von den Aortenfehlern herleiten. Die Compensation jedoch lässt eine zuverlässigere Beurteilung zu, und erst bei guter Beschaffenheit derselben ist man berechtigt, die damit behafteten Personen nach der III. G. Kl. zu bemessen.

Die Neurosen des Herzens. Gewisse vom Herzen ausgehende Erscheinungen und Unregelmässigkeit der Herzaktion werden, wenn sie nicht als Symptome der Herzfehler sich darstellen, als „Neurosen des Herzens“ aufgefasst.

Hieher gehören:

Die Angina pectoris (Stenocardie). In der grossen Mehrheit stellt sich die Stenocardie als ein Symptom, und zwar eines der schwersten Art, bei einer Insuffizienz oder Aneurysma der Aorta und namentlich bei Sklerose der Kranz-Arterien ein. Nur wo man solche Zustände auf Grund eingehender und wiederholter Untersuchung ausschliessen kann, was bei einer Sklerose der Kranzarterie wol sehr schwierig ist, lässt sich die Stenocardie auf eine neuralgische oder bezeichnender auf eine neurasthenische Erscheinung am Herzen zurückführen. Aenlich verhält es sich mit dem Asthma cardiale, das prognostisch ebenfalls von übler Bedeutung ist.

Herzklopfen wird häufig genug als ein rein nervöser Zustand angesehen werden müssen. Das Herzklopfen kann ebensowol als eine blos subjektive Erscheinung sich geltend machen, ohne dass dabei eine erhöhte Herzaktion sich bemerklich macht, oder auch als eine objektive, wobei der Herzstoss sicht- und tastbar verstärkt ist. Bei einer beträchtlichen Hypertrophie, namentlich des linken Ventrikels, wird wol eine stärkere Herzaktion unausbleiblich sein, das Herzklopfen dabei kann jedoch ganz entfallen. Wenigstens gehört es nicht zur Regel.

Das Vorkommen von Herzklopfen bei nervös veranlagten Personen, oder bei starken Rauchern als Folge von Nikotin-Vergiftung ist eine häufige Erscheinung; ob diese letztere auch zu einer idiopathischen Herzhypertrophie führen kann ist eine noch offene Frage. (Vide Seite 111).

Die Tachycardie. Eine aussergewöhnliche Beschleunigung des Pulses kann ebensowol ein Symptom von Herzfehlern als auch der Ausdruck einer Erkrankung der Nerven sein; dass entweder die Hemmungsnerven des Herzens gelämt, oder dass die, die Herztätigkeit beschleunigenden Herznerven noch mehr erregt sind. Beide Zustände werden zumeist nur zeitweilig, nur paroxysmenweise auftreten.

Gewöhnlich wird die Tachycardie bei hochgradig nervösen und anämischen Personen sich einstellen. Die mitunter dabei hörbaren accidentellen-anämischen Geräusche können leicht zur Irrdiagnose eines Herzfehlers führen. Der Versicherungsarzt wird wol zu unterscheiden wissen, ob die Tachycardie bloß eine nur zur Zeit — durch die Aufregung während der Untersuchung — vorkommende oder eine häufige Erscheinung ist.

Es müssen hier noch einige Erscheinungen der Herzaktion erwähnt werden, die wol bei Herzleiden vorkommen können, in der Regel jedoch belanglos sind: so das Aussetzen eines Pulsschlages; die Intermittenzen; ferner die Arytmien, die nicht in einem Aussetzen, sondern in einer Unregelmässigkeit der Herzaktion bestehen. Eine Arytmie jedoch, die so beträchtlich ist, dass der Rhythmus nicht unterschieden werden kann: das „Delirium Cordis“ (Traube) und noch mehr der „Tremor cordis“, wobei die Herzkontraktionen derart sind, so häufig, so unregelmässig, so schwach oder so unvollständig, dass die aufgelegte Hand ein Zittern des Herzens zu fühlen glaubt, haben eine ganz ernste Tragweite. Hier sind entweder krankhafte Zustände des Herzens schon vorhanden oder sind solche zu erwarten.

Die Beurteilung dieser Erscheinungen erstreckt sich hier selbstverständlich nur auf solche, die als Neurosen, nicht aber als Symptome der Herzleiden sich herausstellen. Man muss aber bei den Neurosen des Herzens auch einen strengeren Masstab anlegen als sonst bei den anderen nervösen Zuständen, so dass bei der Bemessung der Prämien mehr die II. G. Kl. in Anwendung gebracht wird.

Eine Tachycardie wird für die Versicherung eine aufschiebende Wirkung haben. Doch ist zu bemerken, dass eine spätere Untersuchung, die einen normalen Puls vorfindet, keine volle Bürgschaft für die vollständige Heilung bietet, da solche Erscheinungen auf therapeutische Eingriffe und nicht selten auch

ohne dieselben für eine gewisse Zeit verschwinden, wobei aber die Ursachen derselben immerhin noch fortbestehen können. Hier werden erst die Angaben des Hausarztes massgebend sein.

Rezidiven der Tachycardie, bei sonst unverdächtigem Herzbefunde, werden die Versicherung nur nach der II. G. Kl. zulassen. Eine mildere Beurteilung gestattet die subjektive Erscheinung des Herzklopfens; hier ist meist die Bemessung nach der I. G. Kl. zulässig.

Die Brachycardie, die auffallende Verlangsamung der Pulsfrequenz kann nicht mehr zu den Neurosen des Herzens beigezählt werden. Die auffallende Verlangsamung der Herzaktion wird wol meist durch mangelhafte Ernährung des Herzmuskels und letzterer wieder durch Sklerose der Kranz-Arterien erzeugt sein. (FRAENTZEL).

Die Krankheiten der Gefässe.

Die Arterien.

Arteriosklerose. — Aneurysma. — Beurteilung.

Die **Arteriosklerose** wird gemeinhin nur bedingt als eine Krankheit aufgefasst, bedingt in dem Sinne, als ihr Vorkommen im höheren Alter als gewöhnliche Folge des Rückganges aller Organe des alternden Leibes, als eine Abnützung des Arterien-systemes betrachtet wird, während ihr Auftreten in früheren Altersjahren schon einen krankhaften Zustand in sich schliesst. Vom Versicherungsstandpunkt kann man aber eben auch nur bedingt beistimmen. Die Arteriosklerose als Teilerscheinung des Marasmus ist allerdings eine Folge, doch nicht eine notwendige Folge des hohen Alters, und stellt nicht den Normalzustand des Alters dar. Gesunde Menschen bewahren eine gewisse Elastizität der Arterien bis in's Greisenalter hinauf. Andererseits ist der ausgesprochene pathologische Charakter einer frühzeitigen Arteriosklerose nicht derart sichergestellt, dass man in allen solchen Fällen zu einer ungünstigen Prognose berechtigt wäre. Man hat oft Gelegenheit solche damit behaftete Personen durch eine lange Reihe von Jahren zu beobachten.

Im Allgemeinen kann man annemen, dass eine Arteriosklerose der Aorta und ganz besonders der Kranzarterien in

jedem Alter als ein versicherungsfeindlicher Zustand angesehen werden muss. Hier geht die Gewähr des Lebens auf die nächste Zukunft ab, während die Arteriosklerose der anderen Arterien, etwa über das 50. oder 60. Lebensalter keine Ablenkung oder höhere Bemessung der Prämien erheischt. Das frühzeitige Eintreten der Arteriosklerose, etwa vor dem 40. Lebensjahre wird allerdings Bedenken hervorrufen und mit grösserer Vorsicht beurteilt werden müssen. Möglich, dass Alkoholika solche Zustände herbeigeführt haben; in anderen Fällen schwere Arbeitsleistung, in noch weiteren Fällen können solche, als Familien-eigentümlichkeiten, als hereditäre Zustände betrachtet werden. Im Grossen und Ganzen gleichen solche Fälle den „idiopathischen Herzvergrösserungen“ und werden ähnlich wie diese, der II. oder III. G. Kl. oder auch, beim Vorhandensein von ganz günstigen Gesundheitszuständen, beim Abgehen aller anderen Alterserscheinungen, der I. G. Kl. angereiht werden können.

Die Prüfung auf Arteriosklerose erstreckt sich auf die dem Tastgefüle zugänglichen periferen Arterien: auf die Radialis, Brachialis, Temporalis und Cruralis. Die Arterien zeigen sich erweitert, verlängert und geschlängelt; der geschlängelte Verlauf nimmt bei der Systole zu und bei der Diastole ab. Die Arterie fñhlt sich in ausgesprochenen Fällen wie ein harter Strang an, zuweilen kann man die Verdikung und Verkalkung durchfülen.

Eine beträchtlich entwickelte Hypertrophie des linken Ventrikels, ein dumpfer erster und stark klingender zweiter Aortenton, geben die diagnostischen Merkmale einer Arteriosklerose der Aorta ab.

Das Aneurysma. Es handelt sich in erster Linie um ein Aneurysma der Aorta. Eine stark entwickelte Hypertrophie des linken Ventrikels, eine Verstärkung des zweiten Aortentones wird teilweise darauf gedeutet werden können. Ueberdies wird ein Aneurysma mitunter durch Pulsationen und Hervorwölbungen an der vorderen oder hinteren Thoraxwand sich bemerklich machen. Ein Aneurysma der Bauchaorta entzieht sich sehr häufig der Beobachtung. Nur zuweilen lässt es sich durch die Bauchwand hindurchfülen, oder kündigt sich durch Pulsationen um den Nabel herum, durch systolische Erschütterung und etwa auch durch eine Pulsatio epigastrica an.

Ein Aneurysma der Aorta ist ein ausgesprochen versicherungsfeindlicher Zustand.

Die Venen.

Varices. — Beschaffenheit und Form derselben. — Hämorrhoiden. — Beurteilung.

Die Venen. Eine strozende Vene, eine merkliche Verlangsamung der Blutströmung in derselben, zeigt von irgend einem Hindernisse in dem Kreislaufe. Ist dies an den Venen des Stammes, besonders deutlich an den Venen des Halses bemerkbar, so schliessen wir in der Regel auf eine allgemeine Kreislaufstörung. Findet sich die Ueberfüllung mit Blut an den Venen der unteren Gliedmassen, an den Venen des Mastdarmes, die sich erweitern, schlängeln, verdicken und zu Blutknoten zusammenhäufen, dann können diese Zustände wol auch auf allgemeine Kreislaufstörungen zurückgeführt werden; doch ebenso, ja mit mehr Warscheinlichkeit auf eine im Pfortadersystem verbreitete Kreislaufstörung, auf Störungen im Unterleibe und mit noch grösserer Warscheinlichkeit auf eine rein örtliche Störung, auf Reizungen, auf Erkrankungen der Venenhäute, als ursprüngliche — primäre — Momente gedeutet werden.

Es scheint zweckmässig, die chronische Erkrankung der Venen u. zw. jener, welche mit der unteren Hohlader in Verbindung stehen, also die der unteren Gliedmassen und des Unterleibes, hier besonders anzuführen. Dahin gehören die Varices.

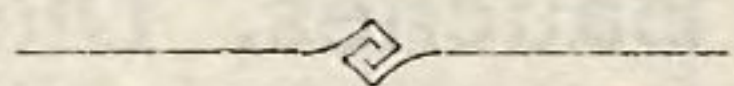
Zu praktischen Zwecken können wir die ausgedenten Venen in umschriebene und in „diffuse“ einteilen. Der umschriebene Knoten stellt eigentlich so recht den „Varix“ den Blutaderknoten dar; die diffusen Varices sind entweder einfach und gleichmässig erweitert — die cylinderische Form, — oder sie verlaufen geschlängelt: die cirsoide, oder serpentine Form. Gewöhnlich jedoch sind alle Formen mehr oder minder am Unterschenkel zusammen vorhanden. Sind mehrere mit kleinen Löchern und Oeffnungen versehene Varices nahe aneinander gelagert, und von dem verdichteten Bindegewebe kapselartig umschlossen, dann stellen sie eine „cavernöse Geschwulst“ dar. Sind Geschwüre in Folge oder im Gefolge der Varices zugegen, so nennen wir sie „varicöse Geschwüre“. Varicositäten oder cavernöse

Geschwülste, die in dem Gebiete der Mastdarmvenen sich befinden und von der Mastdarmschleimhaut umgeben sind, werden als Hämorrhoiden bezeichnet.

Die Ursachen der Hämorrhoiden sind dieselben, wie bei den Varicositäten, nur ist ihr Vorkommen ein weit häufigeres, weil die örtlichen Störungen im Mastdarme ebenfalls häufiger und andauernder sind. Häufiger auch entstehen hier Blutungen, die aber minder bedenklich sind, als die aus den anderen Blutadergeschwülsten.

Varices an und für sich, wenn nicht die veranlassenden Ursachen Bedenken erregen, beeinträchtigen kaum den Versicherungsfall. Sind Berstungen derselben zu befürchten, so kann man ähnlich wie bei Hernien, als Bedingung der Versicherung die Anwendung gewisser Vorrichtungen verlangen, die ihre Berstung verhindern sollen und allenfalls den Versicherungsfall nach der I. G. Kl. bemessen. Hochgradige, strozende stark verbreitete, zu Blutungen sichtlich geneigte Varices, cavernöse Geschwülste, oder Geschwüre werden nur bei einem günstigen Ernährungszustand nach der II. G. Kl. berücksichtigt werden können.

Hämorrhoiden sind solch' häufige Vorkommnisse, dass sie nur bei sehr bedeutendem Grade die Versicherung beeinflussen werden. Starke und erschöpfende Blutflüsse lassen die Aufnahme der Person nach der I. oder II. G. Kl. zu. Dasselbe gilt auch bei den sogenannten „Schleimhämorrhoiden“, die auf Katarrh oder andere Krankheitsprozesse im Gebiete des Mastdarmes hinweisen. Eine sorgfältige Untersuchung ad anum wird in vielen Fällen Aufschluss geben können.



Siebenter Abschnitt.

Der Bauch und seine Organe.

Die Weichteile: Die Haut, das Fett, die Gefässe. — Die Untersuchungsmethoden. — Die Besichtigung.
Die Perkussion und Auskultation, Die Betastung.

Der Bauch bietet in seiner Beschaffenheit und in seinen Umrissen keine bemerkenswerte Anhaltspunkte für die Diagnostik. Der grössere oder geringere Bauchumfang gestattet durchaus keinen Rückschluss auf die Funktionstüchtigkeit seiner Organe, wie man dies vom Brustkorbe anzunehmen geneigt ist; noch weniger kann seine gute Ernährung für wichtig genug gehalten werden, dass man daraus ebenso bezeichnende Anhaltspunkte für die Gesamtternährung als aus der Beschaffenheit des Brustkorbes erlangen kann. Vollends ist seine Messung schon darum eine ganz wertlose und überflüssige Arbeit, als dessen Umfang häufig genug ein wechselnder ist. Die grössere oder geringere Aufblähung oder Füllung der Gedärme können verschiedene Zalwerte an einem und demselben Tage angeben. Der Bauch bietet nur in seinen Extremen, in seiner Dürftigkeit und in seiner übermässigen Völle gewisse noch zu deutende Merkmale.

Die Weichteile des Bauches. Die Haut ist in der oberen Bauchgegend dicker und derber, daher auch weniger ausdenbar als in der unteren Bauchgegend, wo sie dünner und durch gewisse Zustände (Ansammlung von serösen Flüssigkeiten, Schwangerschaften) bis zum Zerklüften ihres Gewebes ausgedent werden kann. Die zerklüftete Haut erlangt nicht mehr ihre frühere Elastizität und Glätte und wird runzelig, narbig. Aus diesen Veränderungen der Haut kann man daher auf die früher stattgehabten Zustände zurückschliessen.

Das Fett. Da wo die Haut straffer angespannt ist, zumeist am Nabel, dann in der *Linia alba*, und an dem lateralen Rectusrande ist das Fett am wenigsten abgelagert. Da wo die Verbindung der Haut mit der Unterlage eine lose, die Haut also sehr denbar ist, wie an der unteren Bauchgegend, kann sich das Fett stärker ansetzen und diese Gegend kugelig auftreiben. Bei besonders grosser Fettansammlung wird der Fettbauch überhängig. So lange die Haut ihre Elastizität und Spannung beibehält, bleibt der Unterleib auch bei strozendem Fette doch immer noch in sich geformt, gehen aber diese ab, dann bildet sich jene plumpe, zur Schamgegend herabhängende Hautfalte, die man mit „Hängebauch“ bezeichnet.*) Die Muskeln bieten in diagnostischer Beziehung nichts Bemerkenswerthes dar.

Die Gefässe. Von diesen ist es nur die *vena epigastrica externa*, welche unter gewissen Umständen Stauungserscheinungen zum Vorschein bringt. Bei behindertem Rückflusse des venösen Blutes in die untere Hohlvene bildet sie, allerdings nur in seltenen Fällen, gewisse Varicositäten, das sogenannte *Caput Medusae*.

Die Untersuchungsmethoden. Die Besichtigung. Ein grosser weiter Raum bietet sich der Anschauung dar. Doch die weite Räumlichkeit gibt für die Besichtigungsdiagnose nur dürftige Anhaltspunkte. Vergrösserungen der Unterleibsorgane machen sich äusserlich nur in sehr vereinzelt Fällen bemerkbar, und selbst beträchtliche Tumoren werden zumeist der Gesichtswarnung sich entziehen und lassen die Gestalt des Bauches unverändert erscheinen.

Durch die Besichtigung erlangen wir Kenntniss über den zu grossen Umfang des Bauches; über dessen magere Beschaffenheit; über seine eingefallenen Wandungen. Bezeichnend und als ungünstig zu vermerken ist es, wenn bei Abmagerung der übrigen Körperteile der Umfang des Bauches zunimmt, im Gegensatz zu dem Brustkorbe, dessen noch gute Erhaltung und Wölbung bei sonstiger Magerkeit des Körpers oft entlastend einzuwirken im Stande ist.

Die Perkussion und die Auskultation. Die Perkussion, die am Brustkorbe so bestimmte diagnostische Merkmale abgibt, büsst hier am Unterleibe an Verlässlichkeit ein. Die

*) Langer. Anatomie der äusseren Form.

lufthaltigen und die luftleeren Organe sind im Bauchraume so an-, neben- und besonders in Betreff der Gedärme übereinander gelagert, dass die Schallarten teilweise ineinander übergehen und an Schärfe und Deutlichkeit einbüßen. Der Schall bleibt sich auch nicht immer gleich; er wechselt häufig je nach dem Füllungsgrade und je nach der Füllungsart des Magens und der Gedärme. Was die Auskultation anbelangt, so kommt dieselbe abgesehen von der Auskultation der Bauch-aorta, oder etwa des schwangeren Uterus, hie und da bei der Untersuchung des Magens, bei den Erscheinungen seiner Erweiterung und auch da nur mit der gleichzeitigen Betastung zur Anwendung.

Die Betastung ist die wichtigste Untersuchungsmethode am Unterleibe. Sie erstreckt sich auf die Leber und Milz und auf etwa in der Tiefe des Bauches sich bergende harte und knotige Stellen. Diese Betastung erfordert oft ein sehr genaues Eingehen, eine im Untersuchen des Bauchraumes sehr kundige Hand, um nicht durch Kotknollen, durch Muskelbäuche auf Irrdiagnosen zu geraten. Zuweilen gelingt es auch der geschiktesten Untersuchung nicht, die in der Tiefe vorhandenen pathologischen Gebilde aufzufinden. Ganz physiologische Verhältnisse wie: dike Bauchwandungen, eine starke Fettpolsterung, gespannte Muskeln, aufgetriebene Gedärme versagen mitunter jede eingehende Untersuchung.



Die Organe des Bauches.

Magen und Darm.

Die Dilatation und die Beschaffenheit des Magens. — Die Untersuchung darauf. — Die Beurteilung. Der chronische Magenkatarrh. — Ulcus Ventriculi und dessen Beurteilung. — Der chronische Darmkatarrh. — Die Blinddarmentzündung, das Duodenalgeschwür, die Peritonitis und deren Beurteilung.

Der Magen.

Der Schwerpunkt bei der Untersuchung des Magens liegt in der Anamnese, die anderen diagnostischen Behelfe sind nur in den selteneren Fällen im Stande, genaue und bestimmte Anhaltspunkte zu bieten.

Der akute und chronische Katarrh, die grosse Gruppe der aus anderen Ursachen entspringenden Dyspepsien und Gastroneurosen können nur erkannt werden, wenn glaubwürdige Angaben vorliegen. Verheimlicht sie der Untersuchte, gibt er nichts an über seine Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Erbrechen u. s. w. so entgeht dem Versicherungsarzte fast jeder Anhaltspunkt eines vorhandenen Magenleidens. Selbst wenn während der krankhaften Verdauung sicht- und tastbare Veränderungen auftreten, liegt es in der Macht des Versicherungswerbers, die Erscheinungen dadurch bei Seite zu schaffen, dass er sich dem Arzte in dem Zustande der Verdauungsruhe vorstellt.

Nicht mindere Schwierigkeiten bereitet dem Versicherungsarzte die Diagnose einer Magendilatation. Die Perkussion wird, wie oben schon erwähnt wurde, durch die Nachbarteile stark beeinflusst. Am häufigsten noch gelingt die Bestimmung der oberen Grenze, weil hier die Schallarten: heller Lungenschall und tympanitischer Magenschall wesentlich verschieden sind. Man kann bei sorgfältiger Anwendung der Perkussion einen Raum herausfinden, welcher nach einwärts vom linken Brustbeinrande, nach oben vom Zwerchfelle unterhalb

der Herzspitze, nach links von der vorderen Axillarlinie, nach unten von dem Rippenbogen begrenzt wird und der tympanitisch schallt. Weit schwieriger ist die Bestimmung der linken Magengrenze, weil eine Ausdenung eines Teiles des Dickdarmes auf Rechnung des Magens gesetzt werden könnte, jedoch spricht ein unterhalb des Zwerchfelles beginnender, weit nach links und hinten reichender, gleichmässig tympanitischer Perkussionsschall für Ausdenung des Magenfundus.

Die anderen Methoden der künstlichen Aufblähung des Magens durch Flüssigkeiten sind dem Versicherungsarzte kaum gestattet, noch weniger die Anwendung der Sonde, die am ehesten geeignet wäre, die Diagnose einer Dilatation festzustellen. Für den Versicherungsarzt bleibt so eigentlich nur die Tastmethode übrig.

Durch die Betastung kann es gelingen, nicht bloss gewisse Unregelmässigkeiten in der Beschaffenheit des Magens: abnorme Widerstände, Härten und Unebenheiten, sondern auch eine Magenerweiterung herauszufinden. Luft und Flüssigkeiten erzeugen nemlich im schlaffen Magen, angeregt durch leichte Stösse mit dem Finger oder mit der flachen Hand, ein Schwappungsgeräusch. Hört und fühlt man ein solches noch mehrere Stunden nach eingenommenem Male, wo also im gesunden Magen die Speisen schon verdaut sein müssten, fühlt man das Schwappen, unter dem Nabel oder nahe am rechten Hypochondrium, so ist die Diagnose einer Magenerweiterung gerechtfertigt.

Man muss jedoch wol unterscheiden zwischen einem grossen und einem dilatirten Magen. Ein Magen kann unmittelbar nach einer bedeutenden Nahrungsaufnahme sehr gross aber doch noch leistungsfähig sein, das heisst seine Muskelkraft reicht hin, um den Inhalt in der gehörigen Zeit weiter zu befördern. Bleibt aber der Inhalt längere Zeit als gehörig, im Magen zurück, ist also die untere Magengrenze selbst mehrere Stunden nach dem Essen noch tiefstehend, dann hat man es mit einem in seiner Muskelkraft herabgesetzten, mit einem dilatirten Magen zu tun.

Mässige Magenerweiterungen, bei welchen die untere Magengrenze noch über der Nabellinie steht, sind zwar nicht gerade zu sehr bedenklich, namentlich wenn sie bloss Folgezustände von einem früheren, lange Zeit bestandenen

Magenkatarrh, oder als Erscheinungen der Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen aufzufassen sind, immerhin gehört der Versicherungsfall schon zu den Minderwertigen, bei welchem die Bemessung nach der I. G. Kl. berechtigt erscheint. Magen-erweiterungen, bei denen die untere Magengrenze unter dem Nabel steht, sind abgesehen von ihren abnormen Ausdehnungen auch schon darum versicherungsausschliessend, weil sie oft Folgezustände von Pfortnerverengerungen oder von Neubildungen sind.

Aus den oben angeführten Gründen ist es erklärlich, dass die Diagnose einer Dilatation des Magens wenn solche nicht hochgradig ist, in der Versicherungspraxis nur sehr selten zum Ausdrücke gelangt.

Der chronische Magenkatarrh findet eine verschiedene Beurteilung jenachdem man blos den Ursprung oder die Folgen in Betracht zieht. Bekanntlich stellen sich nicht selten solche Katarrhe als Vorboten von Krankheiten ein, die zur Zeit noch latent sein können. Solche Fälle können, namentlich bei gegebenen Verdachtsmomenten vom Versicherungsstandpunkte aus nicht in Berücksichtigung genommen werden, weil man es hier mit noch unbekannten, also unberechenbaren Leiden zu tun hat. Anders verhält es sich dort, wo der chronische Katarrh als selbständiger Zustand auftritt; wo die Länge der Zeit und sonst der Befund: eine stets gleichbleibende leidlich gute Ernährung und ein unbeeinträchtigter Kräftezustand, den Verdacht auf ein verborgenes Leiden zurückdrängen, und wo nur die übeln Folgen in's Auge gefasst werden müssen.

Ein solcher chronischer Magenkatarrh lässt eine Versicherung nach der II. G. Kl. zu. Immerhin aber werden dabei die Symptome wol beachtet werden müssen. Beispielsweise wird ein stets morgendliches Erbrechen den Verdacht auf einen Potator und somit auf einen schlechten Versicherungsfall lenken.

Ein vorausgegangener chronischer Magenkatarrh kann nur dann als unverdächtig betrachtet werden, wenn seither etwa zwei bis drei Jahre verstrichen sind und die Ernährung eine günstige ist.

Ulcus Ventriculi. Von den überstandenen Krankheitszuständen ist es namentlich das runde Magengeschwür,

welches die Versicherungsfähigkeit in nicht ganz bestimmbarer Weise beeinträchtigt. Dieses meist nur im jugendlichen Alter auftretende Leiden, ist in einer sehr grossen Zahl von Fällen mit Narbenbildung vollständig heilbar. Rezidiven gehören nicht zu den häufigen Vorkommnissen. Ist eine beruhigend lange Zeit ohne eine solche Rezidive verstrichen, haben solche Personen das dreissigste Lebensjahr überschritten, so liegt kein zwingender Grund vor, solche Fälle schlechthin abzuweisen. Mit den zunehmenden Altersjahren vermindern sich auch die Gefahren der Rezidive. Wol bereiten die Narben an und für sich mannigfache Beschwerden und Verdauungsstörungen, doch sind solche keine unmittelbaren lebensbedrohenden Zustände. Allerdings wälen nicht selten etwa auftretende Carcinome gerade diese Narbe als Lieblingsstelle aus, aber damit ist noch nicht gesagt, dass diese Narbe solche herbeiführen kann. Dieser Umstand kann etwa nur dort, wo das Carcinom sich hereditär geltend macht, mit in Anschlag gebracht werden.

Ein überstandenes rundes Magengeschwür lässt etwa in den dreissigsten Lebensjahren für eine Anreihung an die II. und in noch späteren Jahren an die I. G. Kl. zu. Ein im späteren Lebensalter auftretendes Magengeschwür wird immerhin selbst nach vielen Jahren ein versicherungsfeindlicher Zustand bleiben.

Der Darm.

Die Zusammengehörigkeit des Speisetraktes bringt es mit sich, dass einige der am häufigsten vorkommenden Krankheiten dieselben gemeinsamen Ursachen haben und von gemeinsamen Folgen begleitet sind. Dahin gehören die Katarrhe und was für die Versicherungspraxis zumeist von Wichtigkeit ist, die chronische Form derselben. Der chronische Darmkatarrh, wird von demselben Gesichtspunkte aus aufgefasst, wie der chronische Magenkatarrh. Auch das perforirende Duodenalgeschwür lässt eine ähnliche Beurteilung zu wie beim Ulcus Ventriculi.

Am Darne jedoch sind zwei vorausgegangene Krankheitsprozesse besonders zu beachten: die Entzündung des Blinddarmes und des Peritoneums.

Die Blinddarmentzündung. Typhlitis und Perityphlitis, werden jezt unter dem Sammelnamen: „Appendicitis“

zusammengefasst. Diese lässt wol oft eine vollständige Heilung zu, doch stehen Rezidiven gewöhnlich in Aussicht, und gerade diese erweisen sich, entsprechend den in der Versicherungspraxis gemachten Erfahrungen, als versicherungsfeindlich. Mit jeder Rezidive verschlechtert sich der Versicherungsfall. Nur in jenen Fällen, wo eine operative Behandlung stattgefunden hat, wie dies in neuester Zeit ziemlich oft vor sich geht, ist eben so wol der Heilungsprozess, als auch die Prognose eine günstigere. Eine Rezidive ist hier selbstverständlich ausgeschlossen.

Die Peritonitis. Ganz ähnliche vielleicht noch ungünstigere Verhältnisse wie bei der Pleuritis, herrschen auch bei der Peritonitis vor, die ebenfalls sehr selten idiopathisch auftritt. Damit ist die ernste Bedeutung derselben gekennzeichnet. Bei der Pleuritis ist es zumeist nur die Tuberkulose, bei der Peritonitis sind es nebst dieser noch andere Zustände, als deren Vorläufer sie gelten kann. Dies gilt ganz besonders bei der Peritonitis der Männer, während bei Frauen auch minder erschwerende Umstände: wie Geburten, Abortus, Entzündungserscheinungen an den Genitalien u. s. w. die Ursachen abgeben können.

Dieselbe Vorsicht, sowie dieselbe Prämienbemessung wie bei der Pleuritis wird auch hier zur Anwendung kommen müssen.

Die Leber und die Milz.

Die Leber. — Die Perkussion, die Betastung. — Die passive und die aktive Hyperämie. — Ikterus katarrhalis. — Gallensteine. — Die Milz. — Die Perkussion und die Betastung. — Die diagnostische Deutung des Milztumor's.

Die Leber.

Die Untersuchungsmethoden der Leber beschränken sich auf die Perkussion und auf die Betastung.

Die Perkussion. Die normale Leberdämpfung beginnt an dem rechten Leberlappen: in der Mammillarlinie am oberen Rande des sechsten, in der Parasternallinie am unteren Rande der fünften und in der Axillarlinie am oberen Rande der siebenten Rippe und reicht fast bis zum Rippenbogen herab.

An allen diesen Linien ist die Dämpfung eine intensive, eine Musterdämpfung: hier liegt die Leber der Brustwand

an, ist also der Perkussion unmittelbar zugänglich, und hier ist sie auch massiger, dichter als an dem linken Lappen.

In der Medianlinie beginnt die Dämpfung an der Basis des Processus Xiphoideus und reicht nach unten bis ungefähr in die Mitte zwischen diesem und dem Nabel. Ueber die Medianlinie hinaus, nach links bis in das linke Hypochondrium erstreckt sich die Dämpfung etwa fünf bis sechs Ctm. weit, um in die Herzdämpfung, oft ohne genaue Begrenzung, überzugehen. Dieses Gebiet umfasst den linken Leberlappen.

Die Dämpfung ist hier wegen der Nachbarschaft von lufthaltigen Organen und wegen der geringeren Dichte des linken Leberlappens minder stark ausgesprochen, hier ist ein schwächerer Perkussionsanschlag erforderlich. Aus denselben Gründen wird sich auch an dem Leberrand, der überdies noch sehr dünn ist, keine Dämpfung mehr hörbar machen. Nur in pathologischen Fällen, bei verdiktem Leberrande, ist eine Dämpfung eben auch warnembar.

Die Betastung. Die Leber und besonders ihr Rand werden tastbar, wenn die Bauchdecken ungewöhnlich dünn sind, wenn der Bauch, wie bei manchen vielgebärenden Frauen sehr schlaff und die Person in ganz besonderer Weise abgemagert ist; ferner wenn sie herabgedrängt oder endlich wenn sie verdickt ist. Nur muss sich der Versicherungsarzt überzeugen, dass es nicht angehäuften Fäkalmassen in der rechten Hälfte des Colon sind, die er tastend warnimmt.

Die durch die Betastung verursachte Schmerzempfindung ist wol ein Merkmal von pathologischen Zuständen der Leber, doch das Abgehen des Schmerzes beweist noch immer nicht die Normalität derselben und schliesst nur gewisse Krankheitsformen aus und auch da nicht immer; die sonst schmerzbereitenden Lebercarcinome können, wenn sie nicht oberflächlich sind und keine umfangreiche Knoten bilden, den tastenden Finger ganz gut vertragen.

Ist ein kleiner Teil der Leberoberfläche tastbar, so gestattet dies noch immer keinen sicheren Schluss auf einen vorhandenen pathologischen Prozess derselben. Manche Menschen haben unbeschadet ihrer Gesundheit eine etwas grössere Leber. Alter, Körperbau, schädliche Gewonheiten (Schnüren) tragen dazu bei, die Verhältnisse bei sonst normalen Zuständen der Leber mehr oder weniger abzuändern.

„Bei engem, in die Länge gezogenem Thorax ragt die Leber nicht selten etwas vor, durch das Schnüren beim weiblichen Geschlechte wird der den falschen Rippen entsprechende Teil der vorderen Leberfläche eingedrückt, und der Rand des rechten Leberlappens bildet einen zungenförmigen Vorsprung nach abwärts, der sich nicht selten bis gegen den Darmbeinkamm herab erstreckt. Auf diese Weise kann in manchen Fällen ein Vorragen der Leber unter dem Rippenbogen durch Palpation und Perkussion sich bemerklich machen obwol sie selbst sowol als alle übrigen Organe sich im Zustande der Gesundheit befinden.“ (Bamberger).

Es muss jedoch bemerkt werden, dass solche Verhältnisse nur für vereinzelte Fälle gelten können, in der Regel sind alle tastbaren Erweiterungen der Leber pathologischer Art.

Ob die Leber vergrößert oder bloß herabgedrängt ist, wird man einerseits aus der Perkussion erkennen, indem bei einer Vergrößerung die obere Grenze dieselbe bleibt, ja zumeist noch höher hinaufrückt, während bei einer Herabdrängung die Leberdämpfung um ebensoviel tiefer beginnt; anderseits durch die Betastung, indem bei einer Vergrößerung gewöhnlich auch der Leberrand verdickt ist, während dies bei der herabgedrängten Leber nicht der Fall ist. Zur Sicherstellung des Befundes werden auch noch andere Hilfsmittel und die Differenzialdiagnose dienen können.

Die Untersuchung der Leber soll in der Rückenlage geschehen; beim Stehen sind Irrtümer nicht ausgeschlossen. Man glaubt mitunter Geschwülste zu finden, und über die Grenze hinausreichende Schalldämpfung warzunehmen, die bei der Rückenlage als nicht zutreffend sich zeigen.

Die Diagnose der einzelnen Krankheitsformen der Leber bereitet dem Versicherungsarzte insoferne Schwierigkeiten, als die charakteristischen Merkmale ebensogut für die eine wie für die andere Krankheitsform gedeutet werden können; doch ist es ganz gleichgiltig, ob der Verdacht auf eine Muskatileber, auf eine Lebercirrhose, auf eine Fett- oder carcinomatöse oder auf eine Echinococcus-Leber besteht, da sie alle als versicherungsfeindlich sich erweisen. Es wäre demnach zwecklos, alle möglichen Krankheiten der Leber der Reihe nach hier anzuführen. Nur die passive und die aktive Hyperämie, sowie der Ikterus und die Gallensteine sollen hier hervorgehoben werden. Die

passive Hyperämie wegen ihrer Beziehung zu den anderen Organen; die aktive Hyperämie so wie der Ikterus und die Gallensteine wegen der milderer Beurteilung, die sie in manchen Fällen zulassen.

Die passive Hyperämie. Die eigenartigen Gefässverhältnisse der Leber, wodurch sie mit den wichtigsten Organen des Unterleibes in Verbindung steht, sowie ihr Venenreichtum lassen sie bei gegebenen Bedingungen dafür, zu Blutstauungen besonders geeignet erscheinen. Es ist vor Allem die „Stauungsleber“, die in Betracht gezogen werden muss. Mag diese eine Folge allgemeiner Kreislaufstörung (vide Seite 115) — bei Mitralfehler oder Emphysem — oder Folge einer Stauung im Pfortadergebiete sein, immerhin wird sie die Versicherung unbedingt ausschliessen.

Die aktive Hyperämie (Congestivhyperämie) lässt unter Umständen eine minder strenge Beurteilung zu. Sie besteht in einer starken Zufuhr des Blutes in die Leber bei Personen, die sich reichlich nüren, oder eine sizende Lebensweise führen. Die Symptome äussern sich in Schmerzempfindungen, in Verdauungsstörungen, in zeitweilig anschwellender Leber mit wechselnder ikterischer Hautfärbung leichten Grades. Hier ist Vorsicht insofern geboten, als die Unterscheidungsdiagnose zwischen aktiver und passiver Hyperämie sehr schwierig ist und als auch andere chronische Krankheiten zu Grunde liegen können.

Wol gibt es Fälle, wo die aktive Hyperämie mit phisiologischen Zuständen verbunden ist, so mitunter bei der Menstruation, auch trifft es sich oft, dass die Kongestivzustände der Leber nach einem zweckentsprechenden Verhalten wieder schwinden, ebenso ist es eine nicht seltene Erscheinung, dass Hämorrhoidalleiden sich gleichzeitig mit Leberhyperämien vorfinden und die ebenso gleichzeitig beim heilärztlichen Einwirken weichen; indessen sind die erst erwänten phisiologischen Fälle noch nicht genügend geklärt und die anderen Fälle bleiben immer verdächtig. In der Heilpraxis mag mancher Fall von Leberhyperämie, welche bei einem zweckmässigen Verhalten schwindet, ganz günstig beurteilt werden, nicht also aber in der Versicherungspraxis. Unter sonst ganz beruhigenden Verhältnissen können solche Fälle nur nach der II. G. Kl. berücksichtigt werden.

Ikterus. Ein überstandener Ikterus katarrhalis beeinträchtigt die Versicherungsfähigkeit nicht. Vorausgesetzt, dass dieser Zustand nicht mit Kolikanfällen verbunden war, dass derselbe nicht zu lange Zeit — etwa mehrere Monate — zur Heilung bedurfte und dass keine Rezidiven sich einstellten. In solchen Fällen ist der Verdacht auf Gallensteine und somit eine Zurückstellung der Versicherung auf zwei bis drei Jahre gerechtfertigt.

Eine stets vorhandene, wenn auch geringe Gelbfärbung (vide Farbe der Haut, Seite 28) spricht für ein fortdauerndes ernstes Hindernis bei der Bereitung oder beim Abfluss der Galle. Ist diese Färbung mit einem bläulichen Anfluge vereint, so sind es allgemeine Stauungen in Folge von Kreislaufstörungen, die das Hindernis abgeben. In allen diesen Fällen ist eine Versicherung ausgeschlossen.

Vorausgegangene Gallensteine lassen keine bestimmte Prognose zu, man ist selbst nach Jahren nicht sicher ob der Prozess der Gallensteinbildung einen vollständigen Abschluss fand, oder ob nicht vielmehr derselbe noch fortduere und die Gallensteine nur darum sich nicht auffällig machen, weil sie ruhig an Ort und Stelle verbleiben, oder weil sie unbehinderten Abgang finden. Nur dort, wo man die Sicherheit hat, dass sie durch eine lange Reihe von Jahren, etwa durch ein Jahrzehnt nicht mehr sich vorzeigten, und auch keine wiederholten Koliken sich einstellten, können solche Versicherungsfälle ihre Berücksichtigung finden. Es ist zu bemerken, dass häufige Kolikanfälle an und für sich immer den Verdacht auf Gallensteine lenken müssen.

Gallensteine, die seit mehreren Jahren sich nicht einstellten, lassen eine Prämienbemessung nach der III., nach Verlauf von einer beruhigend langen Zeit ihrer Abwesenheit, je nach gewonnener Einsicht auch nach der I. G. Kl. zu.

Die Milz.

Perkussion der Milz. Die anatomischen Grenzen der Milz lassen sich nicht ganz genau angeben. Beiläufig in der mittleren Axillarlinie reicht die Milzdämpfung von der neunten bis zur elften Rippe. Ihr Längendurchmesser beträgt etwa gegen 8 und der Breitendurchmesser gegen 6 Ctm. Die obere Grenze

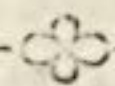
ist zum Teil von der Lunge bedeckt; nach innen grenzt sie an den Magen. An diesen beiden Grenzen wird die Dämpfung weniger stark sein, weil sie von den lufthaltigen Organen beeinflusst wird.

Es muss schon eine bedeutende Vergrößerung der Milz vorhanden sein, wenn der dumpfe Schall sich auch weit nach oben erstreckt. Bei einer Milzvergrößerung ist die Dämpfung nicht bloß erweitert, sondern auch verstärkt.

Die Untersuchung der Milz durch die Betastung geschieht entweder in der Rückenlage, oder in der rechten Seitenlage, oder auch, wie dies zumeist bei Untersuchungen zu Versicherungszwecken geschieht, beim Stehen der Person. Im ersten Falle fühlt man tastend mit den Fingerspizen wie am Rippenrande die Milz bei jeder Inspiration in den Bauchraum hereintritt, und bei der Expiration wieder verschwindet; im zweiten Falle fällt die Milz stärker nach vorne vor, und überragt nicht selten noch den Rippenrand; im letzteren Falle wird man die vergrößerte Milz nach vorne und abwärts sich bewegend fühlen.

Der Milztumor ist bekanntlich eine Begleiterscheinung von mannigfachen akuten Krankheiten, in chronischen Fällen bezieht sich ein solcher auf Dyskrasien, auf Entartung der Formelemente des Blutes und auf Stauungserscheinungen, als „Stauungsmilz“ bei nicht compensirtem Herzfehler (vide Seite 115). Ein Milztumor, der nach vorausgegangener Intermittens, oder vielmehr Malaria längere Zeit noch anhält, der mit schlechter Ernährung und anämischer Färbung einhergeht, oder der ohne nachweisbaren Grund entstanden ist, schliesst jede Versicherung, mindestens zur Zeit aus.

Als ein besonders ungünstiges Zeichen wird es betrachtet, wenn nebst der Vergrößerung der Milz auch eine solche der Leber sich vorfindet. Das sind sichere, wenn auch nicht immer sicher zu deutende pathologische Zustände.



Die Harnorgane.

Die Niere und die Harnwege. — Die Harnanalyse. — Die phisikalischen Eigenschaften des Harnes: Die Farbe, der Geruch, die Reaktion, das spezifische Gewicht. — Abnorme Stoffe: Zucker. — Harnproben: Die Moor'sche, Heller'sche, Trommer'sche, Böttgers-Nylander'sche Probe und ihre Fehlerquellen. — Eiweiss. — Harnproben: Die Koch-, die Salpetersäureprobe und ihre Fehlerquellen. — Die Probe mit Essigsäure und Ferrocyankalium. — Die Metaphosphorsäure-Probe. — Die Farbstoffe. — Die Heller'sche Probe auf Blut. — Die Sedimente: Blut, Eiter, Schleim, Epithelien. — Harnsäure, Oxalsäure. — Phosphorsaure Ammoniakmagnesia. — Konkreme.

Die Prüfung der Niere und der ihr angehörigen Teile geschieht durch die Harnanalyse; die anderen Untersuchungsmethoden: die Perkussion sowie die Betastung der Niere und der Blase werden nur sehr selten angewendet und eben so selten bieten sie bestimmte Anhaltspunkte für die pathologischen Veränderungen dieser Organe. Die Harnanalyse gehört zu den Hauptuntersuchungsmethoden, die auch dann vorgenommen werden soll, wenn keine bestimmte Symptome darauf hinweisen.

Der Versicherungsarzt wird allerdings nicht dazu verhalten sein, eine alle abnormen Zustände umfassende Harnanalyse vorzunehmen; in der Regel genügt nebst der Bestimmung der phisikalischen Eigenschaften des Harnes, eine Untersuchung auf Zucker und Eiweiss allein; nur bei Verdachtsmomenten wird die Untersuchung sich noch weiter erstrecken müssen.

Vorsichtsmassregeln bei der Harnuntersuchung. Vor Allem muss der Versicherungsarzt sich vergewissern, dass er den Harn der zu untersuchenden Person vor sich habe; es muss sozusagen die Identität des Harnes sichergestellt sein. Es soll womöglich der Harn im Beisein des Versicherungsarztes gelassen werden, wobei man gleichzeitig Beobachtungen über die unbehinderte Entleerung anstellen kann. Wo die Anwesenheit des Arztes dabei untunlich ist — und das kann nur bei Untersuchung der Frauen der Fall sein — wird man allerdings ein Nebenzimmer

für die Harnlassung anweisen, jedoch darf man es nicht verabsäumen, sich sogleich durch die Prüfung der Temperatur des Harnes zu überzeugen, dass man den frisch gelassenen Harn der fraglichen Person, und nicht etwa einen verstolen mitgebrachten fremden Harn vor sich habe.

Nicht selten kann der Harn nach Angabe der untersuchten Person, nicht in Gegenwart eines Anderen, also auch vor dem Versicherungsarzte nicht, gelassen werden. Es muss dies als eine Art von Neurose betrachtet werden, die den Verdacht auf eine gesteigerte Nervosität lenken wird, doch liegt der Verdacht auf eine vorhandene Striktur der Harnröhre noch näher.

Eine weitere Vorsicht besteht darin, dass man es vermeide, den nach langer Nachtruhe des Körpers gelassenen Harn, den Morgenharn nemlich, zu untersuchen. Eine an interstitieller Nephritis leichteren Grades leidende Person kann nach anhaltender Ruhelage einen vollständig normalen Harn entleeren, während nach anhaltender Bewegung der Harn mehr minder eiweisshältig ist.

Wo man also nur den geringsten Verdacht hegt, wird man gut tun, den Tagharn zu verlangen, und wird man sich zu überzeugen streben, dass auch in später Tagesstunde die Person nicht eben erst das Bett verlassen hat. Noch sei vielleicht zum Ueberflusse bemerkt, dass der Harn in einem absolut reinen Gefässe aufzufangen ist.

Die Harnanalyse. Es soll hier vorerst die Art und Weise der Untersuchung auseinandergesetzt und sodann die Ergebnisse derselben, die Beurteilung der Befunde besprochen werden.

Die Harnanalyse bezieht sich auf: die Bestimmung der phisikalischen Eigenschaften des Harnes, auf den Nachweis abnormer Stoffe in der Harnflüssigkeit und der pathologischen Bestandteile im Sedimente.

Die phisikalischen Eigenschaften des Harnes. Diese beziehen sich auf die Farbe, auf den Geruch, auf die Reaktion und auf das spezifische Gewicht.

Die Farbe des normalen Harnes ist weingelb. Ein konzentrierter Harn wird dunkelweingelb, ein diluirter blassweingelb aussehen. Jeder andere Farbenton ist pathologisch und muss den Versicherungsarzt zur Vorsicht manen.

Der dunkel-rotgelbe Farbenton, der Ton wie ihn gewöhnlich die Fieberharnen besitzen, ist, wenn ein fieberhafter Zustand ausgeschlossen wird, höchst beachtenswert. Solche farbstoffreiche Harnen sprechen immer dafür, dass entweder Farbstoffe der Galle, oder Blutfarbstoff in grösserer Menge der Rückbildung anheimfallen. Dieser dunkle ziegelrote Harn soll auch zuweilen bei veralteter Syphilis zu finden sein.

Blutrote, braunrote und schwarze Farbtöne sprechen für Blutgehalt des Harnes.

Nicht jede Trübung des frischgelassenen Harnes hat pathologische Bedeutung; um diese festzustellen, genügt ein sehr einfache Behandlungsweise: Man erwärmt den Harn in einer Epruvette; wird er dadurch schon klar, dann hat ein Ueberschuss von Uraten die Trübung veranlasst — ein Befund, der an und für sich nichts Pathologisches bietet; verschwindet die Trübung durch blosses Erwärmen nicht, dann versetzt man den Harn mit wenigen Tropfen konzentrierter Essigsäure: wird dadurch der Harn klar, dann ist die Trübung durch eine stärkere Ausscheidung von Erdphosphaten bedingt und ist ebenfalls belanglos, bleibt sie jedoch oder nimmt sie sogar zu, dann ist sie durch Bakterien oder durch eiweisshaltige Substanzen bedingt.

Der eigentümliche aromatische Geruch des normalen Harnes kann durch gewisse Speisen oder Medikamente eine Veränderung erleiden. Der „urinöse“ (von kohlensaurem Ammoniak herrührende) Geruch deutet immer auf Blasenkrankheiten. Der süss-säuerliche, obstänliche Aceton-Geruch, — gewöhnlich dann auch in der Expirationsluft — tritt zuweilen bei gestörter Verdauung und bei Diabetes auf.

Die Reaktion des Harnes. Der saure Harn färbt blaues oder violettes Lakmuspapier rot; der neutrale (amphotere) Harn färbt blaues Lakmuspapier rot, rotes blau. Der alkalische Harn färbt rotes und violettes Lakmuspapier blau und bräunt gelbes Curcumapapier.

Die saure Reaktion ist die des normalen Harnes, die neutrale ist in den meisten Fällen unbedenklich und tritt oft nach Genuss von Vegetabilien oder Kohlensäuerlingen auf; die alkalische Reaktion jedoch ist schon pathognostisch für Blasenleiden.

Das spezifische Gewicht des Harnes hängt von der Beschaffenheit und Menge der in Lösung vorkommenden Stoffe ab. Das spezifische Gewicht des normalen Harnes beträgt 1017 bis 1020. Jenachdem die normalen Stoffe vermehrt sind — beim hochgestellten Harn — sowie beim Vorhandensein abnormer Stoffe, oder die normalen Stoffe verringert sind, bei stark diluirtem Harne, wird das spezifische Gewicht ein grösseres oder geringeres sein.

Dunkle Harne mit geringerem und blasse Harne mit höherem spezifischen Gewichte erweken den Verdacht auf abnorme Beimengungen. In pathologischen Fällen schwankt das spezifische Gewicht von 1002 bis 1040 und darüber.

Ein Harn, der feste Teile suspendirt enthält, muss vor der Messung des spezifischen Gewichtes filtrirt werden.

Der Nachweis abnormer Stoffe. Diese beziehen sich auf Zucker, auf Eiweiss und auf abnorme Farbstoffe. Die Untersuchung geschieht mittels der chemischen Harnproben.*)

Zucker im Harne. Zur Vorname der Untersuchung auf Zucker ist es zur Vermeidung von Täuschungen notwendig, vorhandenes Eiweiss aus dem Harne zu entfernen. Dies geschieht durch Aufkochen der Harnflüssigkeit; ist dieselbe neutral oder alkalisch, so muss sie vorher durch verdünnte Essigsäure angesäuert und durch Filtration vom ausgeschiedenen Eiweiss getrennt werden.

Die Proben beruhen auf folgenden Eigenschaften des Zuckers: erstens dass er aus Lösungen in der Wärme durch Kalilauge unter Bildung einer gelb- oder rötlichbraunen Färbung zersezt wird; zweitens dass er in alkalischer Lösung verschiedene Metallsalze wie Kupfer- und Wismuth reducirt.

Die Moor'sche, Heller'sche Probe. Der mit ein viertel oder drittel Volumen Natronlauge stark alkalisch gemachte

*) Von den vielen Harnproben sind hier nur die bekannteren und verlässlicheren verzeichnet, wie solche meist schon in der „ärztlichen Versicherungsdiagnostik“ besprochen wurden. Eine ausführliche Darstellung kann nur in den einschlägigen Werken gefunden werden. Es soll hier besonders auf die neuesten Arbeiten hingewiesen werden. Tappeiner „Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen am Krankenbette“, München M. Ridger'sche Verlag 1896. Loebisch, Wien und Leipzig, Verlag von Urban in Schwarzenberg 1893. Mikroskopie und Chemie am Krankenbette, von H. Lenharz, Berlin, Verlag von Julius Springer, Berlin 1893 u. m. a.

Harn wird gekocht. Bei Gegenwart von Zucker, tritt ausser deutlichem Karamelgeruche, eine mehr oder weniger starke Braunrotfärbung ein. Bei längerem Erhitzen wird die braune Färbung gesättigter. Je nach der Menge des Zuckers ist die Färbung dunkelgelb bis dunkelbraun.

Die Felerquellen. Diese Methode ist wol sehr einfach aber nicht sehr zutreffend; abgesehen davon, dass bei einem Zuckergehalte unter 0.5% kein deutlicher Ausschlag mehr erfolgt, kann auch der zuckerfreie Harn durch Kochen mit Natronlauge eine solche braune Färbung erlangen. Erst eine gesättigte Braunfärbung zeigt Zucker und zwar dann in grösserer Menge an.

Der flockige Niederschlag, der bei diesen Proben gewöhnlich entsteht, stammt von Erdphosphaten her und hat auf Zucker keinen Bezug.

Die Trommer'sche Probe. Man versetzt den Harn mit $\frac{1}{4}$ Volum Natronlauge und fügt tropfenweise unter kräftigem Schütteln eine Lösung von Kupfersulfat hinzu, bis eine kleine Menge von Kupferhydroxyd ungelöst bleibt: Löst der Harn viel Kupferoxyd, und nimmt er hierbei eine schöne blaue Farbe an, so ist die Anwesenheit von Zucker warscheinlich.

Man erwärmt hierauf bis zum beginnenden Sieden, am besten blos eine Stelle der Flüssigkeit nahe der Oberfläche: Zeigen sich an der erhitzten Stelle orangerote Streifen oder Wolken von ausgeschiedenem Kupferoxydul, die sich sehr scharf von der übrigen noch blauen Flüssigkeit abheben und allmählig über die ganze Flüssigkeit ausbreiten, so ist die Anwesenheit von Zucker erwiesen.

Die Trommer'sche Zuckerprobe ist insoferne mehreren Felerquellen unterworfen, als die Eigenschaft Kupferoxyd in alkalischer Lösung zu reduciren auch manchen anderen Harnbestandteilen zu eigen ist.

Die Böttger-Nylander'sche Probe. Diese wird ausgeführt, indem man von einer Lösung, bestehend aus 2.0 basisch salpetersaurem Wismut, 4.0 Seignettesalz und 100.0 Natronlauge (von 10%) einen Teil mit zehn Teilen Harn versetzt und einige Minuten kocht. Es beginnt eine grauschwärzliche Färbung der ganzen Mischung, die bald in ein tieferes Schwarz übergeht.

Diese Probe ist eine der empfindlichsten und man kann mit ihr einen Zukergehalt von 0.05 nachweisen.

Eiweiss im Harn. Für die Ausführung der folgenden Proben muss der Harn vollkommen klar sein. Zur Trennung von im Harn suspendierten Sedimentbildnern genügt in den meisten Fällen einfaches Filtrieren; rührt die Trübung von Bakterien her, dann schüttelt man die Harnprobe mit Bariumkarbonat, oder mit Magnesia usta oder besser mit Bolus. Die Bakterien werden beim Absezen des Pulvers mitgerissen und der darauf filtrirte Harn ist klar.

Die Kochprobe ist die älteste und einfachste Untersuchungsmethode auf Eiweiss. Man erwärmt fünf bis zehn Ccm. sauren Harnes in einer Eprouvete. Beim Erhizen bis nahe zum Kochen entsteht im eiweisshaltigen Harn eine Trübung, die von oben, wo die wärmeren Schichten der Flüssigkeit sind, nach unten allmählig zunimmt. Beim Erkalten der Flüssigkeit scheiden sich die aus coagulirtem Eiweiss bestehende Wölkchen in Form von feinen Floken aus, die sich schliesslich am Boden des Gefässes ansammeln, während der darüber befindliche Harn wieder mehr weniger klar wird.

Felerquellen: Auch der im Harn befindliche Schleim coagulirt beim Kochen. Ferner können bei reichlichem Gehalte des Harnes an Phosphaten und Erdalkalisalzen, diese sich beim Kochen des schwachsauren Harnes in der Weise umsetzen, dass unlösliche Erdphosphate entstehen (SALKOWSKI), die eine Trübung bilden oder flockig ausfallen. Um nun zu entscheiden ob die Trübung von Erdphosphaten oder von Eiweiss herrührt, wird die Salpetersäureprobe in Anwendung kommen.

Die Salpetersäureprobe kann auf kaltem Wege — Heller'sche Ringprobe — oder auf dem Wege des Erhizens des Harnes vorgenommen werden.

Die Probe auf kaltem Wege. Man setzt zu dem kalten Harn langsam reine (offizinelle) Salpetersäure, indem man sie vorsichtig an der Wand des schief gehaltenen Reagenzgläschens hinabfliessen lässt, ohne dass beide Flüssigkeiten sich mischen, bis sie sich, da sie schwerer als der Harn ist, am Boden zu einer deutlichen Schicht von $\frac{1}{2}$ bis 1 Ctm. Höhe gesammelt hat oder dass man umgekehrt erst die Säure und dann mit derselben Vorsicht den Harn hinabgleiten lässt. Je nach der Menge des vorhandenen Eiweisses bildet sich sofort oder nach ein bis zwei Minuten eine scharf begrenzte ringförmige Trübung

an der Grenze beider Flüssigkeiten. Je dichter und undurchsichtiger dieses weisse Band erscheint, um so mehr Albumin befindet sich im Harne.

Sind gleichzeitig abnorme Farbstoffe zugegen, so wird diesen entsprechend, die weisse Albuminschicht etwas verfärbt. Bei unveränderten Gallenfarbstoffen erscheint die Albuminschicht grünlich, bei Indigo bläulich und bei Blutfarbstoff braun gefärbt.

Felerquellen. Verwechselt könnte das Albumin mit der Harnsäure werden. Diese nemlich wird aus ihren Salzen durch Salpetersäure frei gemacht und scheidet sich, weil schwer löslich im kalten Wasser zum Teil aus. Doch ist dies nur in konzentriertem Harn der Fall. Durch Verdünnung des Harnes vor der Probe mit 1—2 Volumen Wasser kann dies ganz verhütet werden.

Auch die schon angeführten und später zu besprechenden verschieden gefärbten Ringe, die von vorhandenen Farbstoffen herrühren, könnten den minder geübten Untersucher zu Irrdiagnosen föhren, doch geht allen diesen Ringen die Trübung ab.

Die Salpetersäure- und Kochprobe wird auf folgende Weise ausgefürt. Man setzt dem bis zum Kochen erhizten Harne etwa fünf bis zehn Tropfen Salpetersäure zu. Löst sich der vorhandene Niederschlag nicht, oder entsteht er erst eben, dann ist Eiweiss vorhanden.

Die Probe mit Essigsäure und Ferrocyankalium kann als eine der empfindlichsten gelten. Man setzt, ohne zu erwärmen, dem vorher durch einige (etwa fünf) Tropfen Essigsäure angesäuerten Harn, ein bis drei Tropfen Ferrocyankaliumlösung zu, jenachdem viel oder wenig Eiweiss vorhanden ist wird sofort oder nach einigen Minuten eine Trübung oder flockiger Niederschlag entstehen. Bei sorgfältiger Behandlung, wenn man nach dem Muster der salpetersauren Probe, die Essigsäure mit der Ferrocyankaliumlösung den Harn vorsichtig unterschichtet, entstehen ringförmige Trübungen, selbst bei ganz geringen Spuren von Eiweiss.

In sehr konzentriertem Harne erscheint der Niederschlag manchmal erst beim Verdünnen mit dem gleichen Volumen Wasser.

Es soll hier noch eine Harnprobe angegeben werden, die schon darum für den Versicherungsarzt einen Anwert erlangt, da er sie in solchen Fällen anwenden kann, wo ihm sonst keine chemischen Behelfe zu Gebote stehen, und die er bequem

mit sich tragen kann; nemlich die Probe mit der Metaphosphorsäure (*acidum phosphoricum glaciale*). Man wirft in den Harn ein Stückchen von Metaphosphorsäure, oder rürt den Harn mit einem Stängelchen derselben, das man in einem Stifte fassen kann, in einem Uhrglas um. Eiweiss scheidet sich daselbst als Gerinsel ab; doch ist diese Probe nur bei einer beträchtlichen Eiweissmenge anwendbar. Unter 0·1 Prozent von Eiweiss versagt die Probe.

Die Farbstoffe. Die normalen und die abnormen Farbstoffe werden durch die Salpetersäureprobe zum Vorscheine gebracht. Man bringt etwa 15 Ccm. klaren Harnes in ein Kochgläschen und unterschichtet denselben ganz so wie bei der Eiweissprobe mit ungefähr 5 Ccm. reiner Salpetersäure. Man findet zu unterst im Kochgläschen die spezifisch schwerere farblose Salpetersäure; über derselben die Harnschicht und unmittelbar an der Grenze zwischen der farblosen Salpetersäure und dem Harn einen lebhaft braunen, schmalen Ring, welcher die Reaktion der Farbstoffe auf Salpetersäure darstellt. Je reicher der Harn an Farbstoff ist, um so lebhafter wird dieser braune Ring erscheinen. Sind abnorme Farbstoffe zugegen, so wird auch die Färbung dieses Ringes von denselben wesentlich beeinflusst. So erscheint bei Gegenwart unveränderter Gallenfarbstoffe (Bilirubin) dieser Ring grün, bei Gegenwart von viel „Harn-Indigo“ blau und bei Gegenwart von „Blutfarbstoff“ schwarzbraun gefärbt.

Der Blutfarbstoff wird noch genauer mittels der Heller'schen Probe nachgewiesen. Der Harn wird mit einigen Tropfen Natronlauge stark alkalisch gemacht und gekocht. Beim Erkalten wird der Blutfarbstoff von den ausfallenden Erdphosphaten mitgerissen und färbt die letzteren sonst weiss erscheinenden Floken braun oder granatrot.

Die Untersuchung der Sedimente. Diese bezieht sich auf die organisirten Sedimente: Blut- und Eiterkörperchen, Schleim und Epithelien und auf die nicht organisirten Sedimente, auf die Harnsäure, Oxalsäure, phosphorsaure Ammoniakmagnesia und ihre Salze und auf die Konkreme.

Die Untersuchung derselben geschieht zumeist mittels des Mikroskopes.

Die organisirten Sedimente. Blut. Die Blutkörperchen stellen sich unter dem Mikroskope als kleine gelblich gefärbte scheibenförmige oder kugelige Gebilde dar, welche sich auf Zusatz von Essigsäure vollständig auflösen.

Eiter und Schleim. Die Eiterkörperchen erscheinen als etwas grössere, farblose und granulirte Gebilde, die auf Zusatz von Essigsäure sich nicht auflösen, sondern dadurch grösser und durchsichtiger werden. Versetzt man das Sediment, in welchem man Eiter vermutet, mit einigen Tropfen Kalilauge und schüttelt stark um, so wird das eitrige Sediment durchscheinend und dem Hühnereiweiss ähnlich stark fadenziehend (Donnés Eiterprobe). Selbstverständlich ist ein Eiterharn zugleich in ganz geringem Grade eiweisshältig. Der Schleim befindet sich im Harne entweder in Lösung (stark aufgequollen) oder in Form einer wolkigen Trübung.

Epithele. Diese stammen entweder von den Harnwegen u. zw. als glatte, polygonale, wenn sie von den oberflächlichen Schichten, und als rundliche, oft mit Fortsätzen versehene Gebilde, wenn sie von den tieferen Schichten derselben herrühren, oder von der Niere ab und erscheinen sodann als Abdrücke von den Harnkanälchen in Form von Cylindern: als Epithelialcylinder, als Blut- und Hyaline-Cylinder u. s. w.

Die nicht organisirten Sedimente. Im sauren Harn: Harnsäure, harnsaures Natron, Oxalsäure, (oxalsaurer Kalk). Die Harnsäure erscheint im Sedimente in Gestalt eines Wezsteines oder in Rhombenform, oder in Form von rauhen spiessigen Körnern. Das harnsaure Natron ist amorph, pulverförmig und erscheint unter dem Mikroskope in moosartigen Gruppen.

Saures harnsaures Natron bildet das im hochgestellten Harne sich regelmässig absezende ziegelrot gefärbte Sediment. Durch Erwärmen oder durch Zusatz verdünnter Kalilauge verschwindet es sofort. Die Oxalsäure — oxalsaurer Kalk — erscheint unter dem Mikroskope in Briefumschlagform.

Im alkalischen Harn: Phosphorsaure Ammoniakmagnesia. Diese erscheint unter dem Mikroskope in Sargdekelform. Sie bildet ein regelmässiges Sediment der alkalischen Harngärung.

Als Harnkonkremente kommen vor: Cystin-, Oxalat-, Urat-, Phosphat- und gemischte Steine.

Die Beurteilung der Harnbefunde.

Zucker.: Die Glycosurie, Diabetes mellitus. — Diagnose: der Befund; das Verhalten der Harnflüssigkeit, die Farbe, das spezifische Gewicht, die sonstigen Erscheinungen. Die Polyurie, der Diabetes mellitus und ihre Symptome. — **Eiweiss**: Albuminurie, Schrumpfnieren. — Diagnose. — Das Vorkommen von Eiweiss bei Gesunden. — Die Beurteilung. — Die Farbstoffe: Hämaturie. — Eiter und Schleim. — Der Blasenkatarrh. — Die Diagnose. — Die Beurteilung derselben. — Die chronische Gonorrhoe. — Die Strikturen. — Die Epithelien. — Harnsäure, Oxalsäure, Cystin. — Konkreme. Ihre Beurteilung.

Unsere Aufgabe ist es nun die Ergebnisse der Harnanalyse der Reihe nach durchzugehen und jeden einzelnen Befund auf seine pathologischen Vorgänge zu deuten, die in erster Linie auf den Harnapparat: auf die Niere und auf die ihr zugehörigen Teile sich beziehen und nur in einem hier besonders angeführten Falle, auf eine konstitutionelle Krankheit des Blutes hinweist, nemlich auf Zuckerharnruhr, welche hier im Beginne besprochen werden soll.

Zucker im Harn. Die Anschauung, dass ein ganz geringer Zukergehalt des Harnes noch ein rein physiologischer Befund sei, wird jetzt vielfach geteilt, eben so die Behauptung, dass nach reichlichem Genusse von Amylaceen, Zucker in deutlich warnembarer Menge auch bei gesunden Menschen im Harn vorkommen kann. Nichtsdestoweniger darf der Versicherungsarzt von solchen Anschauungen sich nicht leiten lassen und muss nach wie vor jeden Zukergehalt des Harnes, den er mit seinen überhaupt nicht allzuscharfen Zuckerproben nachweisen kann, als einen abnormen Befund betrachten.

Die Zukerausscheidung kann ohne nachweisbare Ursache sporadisch, für kurze oder längere Zeit ausfallen, um dann unvermutet wieder in Erscheinung zu treten. Dieser Vorgang, der viel Aenlichkeit mit der „cyklischen Albuminurie“ (vide unten) hat, wird mit „Glycosurie“ bezeichnet. Der Zucker kann ferner in Folge der steten Entziehung der Amylaceen von der Nahrung ebenfalls sich vermindern oder ganz felen. Es ist dies die leichte, die chronische Form der Zuckerharnruhr. Endlich erfolgt die Zukerausscheidung in reichlicher Menge und stetig trotz aller hygienischen Massnahmen bei der Nahrung. Wir bezeichnen diesen Vorgang als den eigentlichen „Diabetes mellitus“, bei welchem der Organismus die Fähigkeit eingebüsst hat, den Zucker für den Haushalt der Ernährung zu verwerten und denselben daher in Form von Traubenzucker in den Harn ausscheidet.

Die Diagnose des Diabetes ist gegeben durch den Befund, durch das Verhalten der Harnflüssigkeit und sonst noch durch mancherlei Erscheinungen, die dabei vorzukommen pflegen.

Der Befund von Zucker ist unter allen Verhältnissen und auch unter jenen Umständen bedenklich, wo derselbe nach reichlich genossenen Amylaceen, die man als „Alimentäre Glycosurie“ bezeichnet, sich einstellt. Hier liegt die Gefahr nahe, dass die Geneigtheit des Organismus den überflüssigen Zucker auszuscheiden, sich allmählig auch auf den, zum Haushalte des organischen Lebens notwendigen Zucker ausdehnen kann, d. h. dass dieser Vorgang die Glycosurie oder den Diabetes selbst einleite.

Das Verhalten der Harnflüssigkeit. Die übermässige Menge derselben bei Diabetikern, entzieht sich zwar gewöhnlich der Beobachtung des Versicherungsarztes indessen kann es ihm doch gelingen, durch eine geschikte Fragestellung solche zu erkunden.

Die Farbe des Harnes erscheint blassgelb oft auch grünlichschimmernd.

Die Farbstoffe und die Sedimente sind in Folge der Verdünnung durch die überreichliche Flüssigkeitsmenge, stark vermindert. Beim Stehenlassen des Harnes entwickelt sich oft eine Trübung, die von Hefezellen herrührt.

Das spezifische Gewicht des Harnes ist trotz der grossen Verdünnung ein auffallend grosses von 1025 und darüber hinausreichend.

Die sonstigen Erscheinungen, die bei den Diabetikern sich einzustellen pflegen, sind: Hautjuken, namentlich Pruritus Pudendi bei Frauen; allgemeine Furunkulose, besonders solche an den Genitalien, Neuralgien, unter diesen zumeist beiderseitige hartnäckige ischiadische Leiden; dann die bekannten Veränderungen an den Sehorganen Katarakte und Accomodationsstörungen; ferner Erscheinungen an der Haut, die in Folge der beträchtlichen Wasserausscheidungen sehr oft zäh und trocken ist.

Die Beurteilung der hier angeführten diabetischen Krankheitsformen lässt sich kurz zusammenfassen. Zucker im Harn ist ein Befund, der in der Regel jede Versicherung ausschliesst. Nur der zeitweilige Zuckerbefund: die Glycosurie kann eine Versicherung nach der III. G. Kl. zulassen. Schwieriger jedoch

verhält es sich mit der milden Form des tatsächlich vorhandenen Diabetes. Nur bei besonders günstigen hygienischen Verhältnissen und beim Abgehen aller drohenden Erscheinungen, kann eine Versicherung nach der III. G. Kl. stattfinden.

Der Vollständigkeit wegen müssen hier noch zwei eben nicht häufige chronische Krankheiten erwähnt werden: die Polyurie und der Diabetes insipidus. Die erstere wird gewöhnlich als Teilerscheinung anderer Krankheiten beobachtet, so bei manchen organischen Hirnleiden, wol auch bei der Schrumpfniere. Die Leztere ist wol eine selbständige Krankheit, deren Wesen jedoch noch nicht genügend geklärt ist. Beide Krankheiten charakterisiren sich durch Ausscheidung einer abnorm grossen Harnmenge. Die Sedimente sind eben wegen dieser grossen Flüssigkeitsmenge nur sehr spärlich vertreten. Das spezifische Gewicht ist daher in solchem Harne, wo eben auch der Zukergehalt abgeht, abnorm niedrig und unterscheidet sich oft nur wenig von dem gewöhnlichen Wasser.

Diese beiden chronischen Krankheiten lassen unter günstigen Umständen, wenn keine sonstigen Krankheitszustände zu Grunde liegen, eine Versicherung nach der III. G. Kl. zu.

Eiweiss. Albuminurie. Die Schrumpfniere. Eiweiss scheidet sich entweder unmittelbar von der Niere — die eigentliche Albuminurie — oder erst später von den Harnwegen aus. Dies Leztere ist dann der Fall, wenn in den Harnwegen eiweisshaltige Flüssigkeiten (Geschwulstsaft, Blut, Eiter) sich vorfinden. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Vorgängen ist in der Regel nicht schwer. Hier sind die Symptome zu beachten. Die Krankheiten der Harnwege: des Nierenbeckens, der Uretheren, der Blase und der Harnröhre sind merklich verschieden von denen der Niere; die Unterscheidungsdiagnose ergibt sich meistens von selbst. Ueberdies ist der Eiweissgehalt des Harnes in Folge solcher Flüssigkeiten, ein so geringfügiger, dass er kaum in Betracht kommt.

Im Harne können verschiedene Eiweiss-Stoffe gelöst vorkommen. Bei der Albuminurie handelt es sich jedoch um das Serumalbumin und um das Serumglobulin, welche im Blutserum vorkommen.

Die Albuminurie bietet in ihrem akuten Stadium, als Morbus Brightii oder als chronisch parenchymatöse Form

einen so reichlichen Eiweissgehalt, und solche ausgesprochene Symptome, dass ihre Diagnose mit Sicherheit festgestellt werden kann. Ebenso verhält es sich mit der amyloiden Entartung der Niere, die als Ausdruck der allgemeinen Cachexie sich darstellt. Aber für den Versicherungsarzt handelt es sich um Fälle, die vielleicht im Anfangsstadium oder im Uebergang von der akuten in die chronische Form sich befinden, und endlich und zumeist um Fälle, die gleich chronisch beginnen, um die „chronische interstitielle Nephritis“ (Schrumpfniere), bei welcher der Eiweissgehalt auch ein ganz geringer sein kann.

Die Diagnose auf Schrumpfniere ist gegeben bei vorhandenem Eiweiss im Harne, bei reichlicher Harnflüssigkeit, in welcher fast gar keine körperlichen Bestandteile sich befinden, und bei sehr niedrigem spezifischen Gewichte. Ferner als ganz sichere Merkmale der Befund von hyalinen Cylindern, wol auch von Blutkörperchen. Als weitere, schon vorgeschrittene Folge wird die Hypertrophie des linken Ventrikels die Diagnose besiegeln.

Nicht immer jedoch trifft man diese Symptome vereint vor; namentlich können die hyalinen Cylinder abgehen oder nur sehr spärlich vorhanden sein, und selbst das Hauptsymptom: das Eiweiss kann zu Zeiten fehlen. Es kommt mitunter vor, dass das Eiweiss für kürzere oder längere Zeit schwindet um dann unvermutet wieder sich einzustellen. Man bezeichnet diesen Vorgang (der auch bei Harnzucker einzutreten pflegt) mit „Cyklische Albuminurie“; doch scheint diese Form von aussezenden Albumen schon dem Krankheitsbilde der Schrumpfniere anzugehören.

Bisher galt es zur Regel, jeden Eiweisbefund, oder Spuren desselben, als versicherungsausschliessend zu betrachten. In neuester Zeit ist hier ein Umschwung eingetreten, der geeignet sein könnte den Versicherungsarzt in seiner Beurteilung zu beirren. Die Behauptung, dass eine geringe Menge Eiweiss noch als ein physiologischer Bestandteil des Harnes betrachtet werden könne, gewinnt immer neue Anhänger; doch diese Anschauung kann vorläufig nur als Theorie betrachtet werden, mit welcher eher der Heilarzt, der die Person genau kennt und beobachtet, als der Versicherungsarzt rechnen darf. Ganz anders verhält es sich mit der schon mehr verbürgten Angabe, dass Eiweiss im

Harne nach gewissen methodisch angewendeten Ueberanstrengungen, wie solche bei Radfarern, Schwimmern, bei Dauer-ruderern und Distanzgängern u. s. w. ferner nach einem reichlichen Male vorzukommen pflegt. Selbstverständlich handelt es sich hier nur um Ausnahmefälle, die Regel ist es gewiss nicht.

Die volle Richtigkeit dieser Annahme vorausgesetzt, darf ein solcher Befund nur auf Spuren von Eiweiss sich erstrecken u. zw. nur unmittelbar oder kurze Zeit nach erfolgter Arbeit; nach einer angemessenen Ruhepause von etwa ein bis zu zwei Tagen jedoch muss jede Spur verschwunden sein. Wo dies nicht der Fall ist, müsste man eher annemen, dass hier nicht die Arbeitsleistung als solche, nicht post hoc also propter hoc, die Eiweissausscheidung verursache, sondern dass man es schon mit einem pathologischen Vorgange zu tun hat, da auch bei der Schrumpfniere in der Ruhe das Eiweiss schwinden und erst bei gewissen Bewegungen zum Vorscheine kommen kann. Ueberdies ist schon die Tatsache, dass Eiweiss sich so leicht ausscheidet, an und für sich darum bedenklich, dass der Organismus überhaupt die Geneigtheit zeigt das Eiweiss auszuscheiden, was nicht ganz den Funktionen einer gesunden Niere entspricht.

Die Beurteilung lässt sich gleichwie beim Zucker kurz zusammenfassen. Eiweiss im Harne ist ein Befund, der in der Regel die Versicherung ausschliesst. Die „cyklische Albuminurie“ bietet so viele Verdachtsmomente, dass erst eine beruhigend lange Beobachtungsfrist eine mildere Deutung und eine Versicherung nach der III. G. Kl. zulässt. Eine mit einer „Schrumpfniere“ behaftete Person kann selbst bei günstigen Verhältnissen nicht mehr in den Ramen der minderwertigen Versicherungsfälle eingefügt werden, da hier die Bürgschaft der längeren Lebensdauer nicht so gegeben ist, wie etwa bei der milden Form des Diabetes, wo das hygienische Verhalten erfahrungsgemäss als besonders wirksam sich erweist.

Chronische Krankheiten, die mit Eiweissausscheidungen einhergehen, wie Anämie und manche Affektionen des Nervensystems werden dadurch einer schärferen, abfälligeren Beurteilung unterliegen.

Die Farbstoffe. Von diesen sind es zumeist die Farbstoffe des Blutes, welche den Versicherungsarzt interessiren. Die

anderen Farbstoffe können hier in der kurzen Anleitung übergangen werden.

Die Hämaturie. Die Beimischung von reinem Blute oder von einer beträchtlichen Menge von roten Blutkörperchen zum Harn kann entweder von der Niere oder von den Harnwegen geschehen. Die Unterscheidung zwischen beiden ist dadurch gegeben, dass bei Nierenblutungen Blut und Harn gewöhnlich innig vermischt sind, so dass sich dabei nur selten Blutgerinnsel ansetzen; ferner dass die ersten und letzten Portionen des Harnes keine Verschiedenheit aufweisen, dann dass bei Blutungen aus der Niere zugleich auch Cylinder und Nierengewebe sich vorfinden, endlich dass der Harn nach dem Klären durch Absetzen und Filtriren immer noch stark eiweiss-haltig bleibt, während bei Blutungen aus den Harnwegen das Blut aus dem Urine sich leicht scheidet und kein oder nur sehr wenig Eiweiss enthält.

Die Verwechslung der Hämaturie mit Blutungen aus den Nachbarteilen, so durch Menstruation, durch Blutungen der Scheide u. s. w. wird dem aufmerksamen Beobachter nicht leicht entgehen. Die Verwechslung mit anderen Farbstoffen wird theils durch die mikroskopische Untersuchung, theils durch die früher angeführten chemischen Proben nach HELLER mit Sicherheit ausgeschlossen sein.

Die Blutausscheidung, gleichgiltig von der Niere oder von den Harnwegen, (in der Mehrheit der Fälle stammt das Blut von den Harnwegen her) ist von solcher Bedeutung, dass der Versicherungsarzt in der Regel nicht bemüsst ist, den mannigfachen Ursachen und der Oertlichkeit derselben nachzuspüren. Es kann sich höchstens darum handeln, ob die Versicherung für immer abgelenkt werden soll, wie dies bei Nierenblutungen sicherlich der Fall sein wird, oder ob bei Blutungen aus den Harnwegen eine spätere Untersuchung nach längerer Beobachtungsfrist in Aussicht gestellt werden kann.

Harnrören-Blutungen werden im Allgemeinen eine günstigere Beurteilung zulassen.

Die organischen Sedimente des Harnes. Eiter. Schleim. Der Eiter kann ebensowol von der Niere, als von den Harnwegen herrühren; in der Mehrheit ist das Letztere der Fall, und weist der Eiter im Harn auf Pyelitis, Cystitis, oder auf

Cysto-pyelitis hin. Das Interesse des Versicherungsarztes richtet sich vorwiegend auf die Erscheinungen des Blasenkatarrhes.

Der Blasenkatarrh wird in doppelter Weise die Aufmerksamkeit des Versicherungsarztes in Anspruch nehmen: in Bezug der ätiologischen Momente und des Zustandes selbst. Der Blasenkatarrh kann eine Folge der Erkrankung der oberen Wege vom Nierenbeken her sein und sich als Cysto-pyelitis darstellen. Die Untersuchung darauf kann nur auf mikroskopischem Wege durch den Befund des Epithels sichergestellt werden; ferner als Ausdruck von Neubildungen in der Blase oder in den Nachbarteilen derselben; wol auch als Folge von Blasensteinen. Die verhältnismässig mildeste Ursache ist die Gonnorrhoe und neben derselben oder selbständig eine vorhandene Striktur der Harnröhre. Doch auch hier können die katarrhalischen Zustände nach aufwärts sich erstrecken und allmählig auf das Nierenbeken oder auf die Niere übergreifen. Endlich ist der Blasenkatarrh eine häufige Begleiterscheinung bei Rückenmarkskrankheiten, insbesondere bei Tabes dorsalis. Allerdings hier im vorgeschrittenen Stadium desselben.

Die Diagnose des Blasenkatarrhes ist gegeben durch die Reaktion des Harnes, die schwach sauer, neutral oder alkalisch ist. Durch die alkalische Reaktion wird man die Cystitis von der Pyelitis genau unterscheiden können. Durch die Trübung des Harnes, die mehr oder minder deutlich warnembar ist, durch den Geruch des Harnes, der stark urinös, stechend oder aashaft ist und durch das Sediment, das schleimig, eitrig oder jauchig ist.

DIRTL gibt für die verschiedenen Grade der Cystitis ganz besonders scharfe diagnostische Merkmale an; u. zw. können wir drei Grade derselben unterscheiden.

Erster und leichtester Grad: Hier ist die Harnmenge noch unverändert, das spezifische Gewicht noch normal, die Reaktion neutral oder beim Stehenlassen, nach etwa zwei oder drei Stunden neutral oder alkalisch. Dabei setzt sich unten ein mehrere Finger hohes, trübes, wolkiges Sediment ab (Schleim). Man findet in demselben Blasenepithel, Schleimzellen und Sargdekelähnliche Kristalle von phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. Dieses Letztere ist charakteristisch für die ammoniakalische Harn gärung. Wird der Zustand chronisch, so wird der Harn

jedesmal schon alkalisch gelassen, und man findet im Sedimente Bakterien.

Zweiter Grad: Die Harnmenge und das spezifische Gewicht sind ebenfalls noch normal, aber der Harn ist schon in der Blase alkalisch, ist sehr trübe und enthält Eiter. Hier kann man Eiweiss (vom Eiter her) und kolensaures Ammoniak nachweisen, wodurch der Eiter in eine klebrige Masse aufgelöst wird, die glasig aussieht und so zusammenhängend ist, dass sie beim Ausleeren des Gefässes in toto herausfällt. Der Geruch dabei ist stechend.

Dritter Grad: Hier ist schon eine jauchige Zersezung des Harnes eingetreten. Die Farbe ist schmutzibraun, der Geruch aashaft. Gewöhnlich hat hier schon eine Miterkrankung der Niere stattgefunden. Die Harnmenge ist eine verminderte und das spezifische Gewicht ein geringeres.

Die Beurteilung des Blasenkatarrhes richtet sich je nach den von DITTL angegebenen Abstufungen desselben. Der erste Grad kann beim Ausschlusse der ungünstigen aetiologischen Momente, bei noch nicht vorgerücktem Alter und beim Vorhandensein von günstigen Ernährungszuständen eine Versicherung nach der II. G. Kl. noch zulassen; der zweite schon vorgeschrittene Grad des Blasenkatarrhes kann noch nach der III. G. Kl. bemessen werden; der dritte Grad schliesst jede Versicherung aus.

Die Gonnorrhoe und die Strikturen der Harnröhre können hier im Zusammenhange mit der Cystitis, deren Ursachen sie häufig abgeben, besprochen werden.

Die Gonorrhoe. So unbedenklich sie in den überwiegenden Fällen sich erweist, lässt im akuten Stadium eine Versicherung nicht recht zu. Es ist in allen Fällen geboten, die volle Heilung abzuwarten. Die chronische Form, die in einer ganz geringfügigen Sekretion, in dem sogenannten „Morgentropfen“ (Goutte militaire) sich äussert, kann allerdings im Verlaufe der Zeit auch zu Harnröenstrikturen und zu Blasenkatarrhen führen, die Regel jedoch ist es nicht. Es gibt eine sehr grosse Zahl von Menschen, die mit einem solchen hartnäckig andauernden Zustande Jahre hindurch, manche durch das ganze Leben behaftet sind, ohne von irgend einer Folgekrankheit betroffen zu werden. Es wäre eine zu strenge Auffassung bei der Versicherung solcher damit behafteten Personen Schwierigkeiten zu erheben.

Die Harnröenstrikturen jedoch sind schon bedenklicher Art. Abgesehen davon, dass sie sehr leicht Blasenleiden herbeiführen können, so kann es auch zu hochgradigen Erweiterungen des Teiles der Harnröre kommen, der hinter der Striktur sich befindet. Diese Erweiterung mit ihren übeln Folgen kann sich allmählig auch auf die Blase erstrecken. Bei der Beurteilung muss der Grad, sowie die Beschaffenheit der Striktur in Betracht gezogen werden. Kleine strangförmige Ringe, oder Klappen, die mit ihrem freien Ende von der Blase abgewendet sind, sind minder bedenklicher Art; lassen jedoch eine Versicherung nur nach der I. G. Kl. zu. Strikturen, die einen grossen Teil der Harnröre einnehmen, wie dies namentlich bei kallöser Beschaffenheit oft der Fall ist, sind überhaupt versicherungsausschliessend.

Der Versicherungsarzt wird auf eine vorhandene Striktur nicht blos durch das Harnlassen, sondern auch durch gewisse sich ausscheidende Fäden schliessen können. Diese aus zusammengeklebten Eiterzellen bestehenden Fäden können aber auch von der Blase herrühren.

Epithele. Der Befund von Epithelen ist von solcher Wichtigkeit, dass dadurch allein schon die Diagnose auf eine Erkrankung der Niere oder der ihr angehörigen Teile, wenn auch nicht immer auf eine bestimmte Krankheit festgestellt werden kann. In der Regel erscheinen die Epithele nicht allein, sondern in Verbindung mit verschiedenen Ausscheidungen: Eiweiss, Blut, Eiter u. s. w., wodurch auch die einzelnen Krankheitsprozesse ihren Ausdruck finden. Doch selbst beim Abgehen solcher abnormen Ausscheidungen, oder dort, wo diese nicht deutlich zu Tage treten, ist der Befund von Epithelen beweiskräftig genug, um einen eingreifenden Krankheitsprozess des Harnapparates mit Sicherheit feststellen zu können. Aus ihrer Form wird man einen Schluss ziehen können, ob sie aus den Harnwegen, aus den oberflächlichen oder aus den tieferen Schichten derselben, oder aus der Niere stammen.

Die glatten polygonalen Epithele rühren von den oberflächlichen, die rundlichen, oft mit Fortsätzen versehene Epithele von den tieferen Schichten der harnleitenden Wege her. Die Cylinder-Epithele erweisen sich unverkennbar als Abdrücke der Nierenkanälchen. Diese Cylinder sind entweder zellig, körnig, granulirt oder amorph. Es ist hier nicht am Plaze,

die unterscheidenden Merkmale derselben auseinanderzusetzen. Es genügt die Anwesenheit derselben, um die Diagnose auf eine Nierenerkrankung sicher zu stellen.

Harnsäure. Oxalsäure. Phosphorsaure Ammoniakmagnesia. Konkreme. Die Harnsäure kann wol bei manchen chronischen Krankheitszuständen in reichlicher Menge vorhanden sein, so bei Gicht, bei perniciöser Anämie, bei der Stauungsmilz u. s. w., aber auch bei reichlicher Fleischnahrung. Eben so verhält es sich mit der Oxalsäure, die bei Diabetikern und Ikterus katarrhalis sich reichlicher ausscheidet. In der Mehrheit der Fälle jedoch sind alle diese Befunde nicht belastend und kommen oft bei ganz gesunden Menschen vor. Nur die phosphorsaure Ammoniakmagnesia lässt eine gewisse Deutung zu. Ihre Anwesenheit spricht immer dafür, dass kolensaures Ammoniak im Harne sich befindet, und da dieses stets durch Zersezung des Harnstoffes entsteht, der Harnstoff jedoch am schnellsten durch abnorme Blasensekrete zersezt wird, so kann die Anwesenheit von diesen Kristallen im frischen Harne für einen Blasenkatarrh gut verwertet werden.

Die Harnkonkremente schliessen jede Versicherung aus.



Hernie. Prolapsus. Hydrokele. Hämatokele. Varikokele.

Die Hernie: — Diagnose. — Die Gefahren der Einklemmung. — Das Bruchband. — Offener Leisten- und Schenkelkanal. — Doppelte Brüche. — Unbewegliche Brüche. — Der Nabelbruch — Der Leistenbruch (Skrotalbruch). — Unterscheidende Merkmale zwischen einer Hernie und Varikokele. — Der Schenkelbruch. — Unterscheidung von Cysten und Kongestionsabszessen. — Der Vorfall: des Mastdarmes (Fisteln), der Scheide, der Vagina, des Uterus. — Die Hydrokele, Hämatokele, und Varikokele. — Ihre Beurteilung.

Die Hernie. Die Diagnose der Hernie ist gegeben: durch die Oertlichkeit, durch die Form, durch den Inhalt und durch die Beweglichkeit.

Man sieht bei aufrechter Haltung des Körpers am Nabel, in der Leistengegend, in der Schenkelbeuge, eine in der Regel rundliche Anschwellung (Bubonokele), die deutlich den Inhalt, Darm oder Nez durchfüllen lässt, die beweglich ist und in der Rückenlage entweder von selbst schwindet, indem sie durch die Bruchpforte in den Bauchraum zurückklettert, oder dahin zurückgeschoben werden kann; wobei man, wenn der Inhalt Darm ist, ein Gurren vernimmt. Beim Verschluss der Bruchpforte mit dem Finger, wird durch Husten oder Drängen kein Eingeweide mehr zum Vorschein kommen können, doch wird dasselbe durch ein Anprallen an den schliessenden Finger sich fülbar machen. Das Zurückschieben des Bruches geschieht namentlich dort, wo das Eingeweide bis in das Skrotum sich herabsenkt (sogenannte Skrotalhernie), wie dies oft bei umfangreichen Leistenhernien der Fall ist. Durch die Betastung des Skrotums wird die weiche Beschaffenheit der Eingeweide: Stränge bei Nez- und Knollen bei Darminhalt des Bruches sich deutlich durchfüllen lassen.

Von diesen Eigenschaften der Hernie kann eine, nemlich die Beweglichkeit abgehen: beim Verwachsen des Bruchinhaltes mit dem Bruchsack wird der Bruch unbeweglich, d. h. es gelingt nicht denselben durch die Bruchpforte wieder zurück zu bringen, wobei jedoch eine gewisse Verschiebbarkeit noch immer vorhanden sein kann.

Die Beurteilung der Brüche. Brüche wurden in früherer Zeit als hindernd und noch in der Gegenwart als erschwerend für die Versicherungsaufnahme betrachtet. Man hatte und teilweise geschieht dies noch jezt, einerseits die Gefahren der Einklemmungen, anderseits die Störungen vor Augen, die ein Darm, welcher aus seiner Lage verdrängt ist, welcher einen Druck oder Zerrung erleidet, auf die Verdauung und auf den Vorgang der Ernährung ausüben kann.

Was nun die Gefahren der Einklemmung anbelangt, so sind solche unleugbar vorhanden, doch nicht, wenigstens in unserer Zeit nicht, in solchem Grade und in solcher Häufigkeit, dass dadurch die allgemeinen Befürchtungen gerechtfertigt wären. Die gegenwärtigen exakten Methoden der Taxis und der Herniotomie drücken die Gefahren herab, wie dies aus der so geringen Zahl von Sterblichkeitsfällen durch Brucheinklemmungen im Verhältnis zu der ansehnlichen Zahl der Bruchleidenden deutlich erkennbar ist.

Es ist eine Tatsache, dass in den Sterblichkeitstafeln der Versicherungsanstalten die Todesursachen durch Einklemmungen die geringste Ziffer ausmachen. Allerdings steht dieser, die andere Tatsache entgegen, dass man bei keinem Leiden und Gebrechen so bestrebt ist dieselben zu verheimlichen als gerade bei Hernien, und das ist nicht bloß beim Leben, sondern auch beim Sterben der Fall. Die Rücksicht auf die Familie, sowie die bei manchen praktischen Aerzten herrschende, falsche Meinung, dass die Versicherungsanstalten dort wo eingeklemmte Hernie die Todesursache abgibt, bei der Auszahlung Schwierigkeiten erheben, bewirken es zuweilen, dass man die Todesursache umschreibend, eine Darm- oder Bauchfellentzündung dafür einsetzt. Immerhin ist es bezeichnend, dass bei der so grossen Zahl von Bruchleidenden, der Tod durch Einklemmungen fast zu den Seltenheiten gehört. Es ist auch nicht minder Tatsache, dass die mit so lebhaften Farben geschilderten Leiden,

die als Folgen von Brüchen sich einstellen sollen, nicht oder nur in ganz beschränkter Weise sich geltend machen. Der Darm zeigt eine gewisse Toleranz und funktionirt oft in seiner abweichenden Lage ausserhalb des Bauches mit einer unabänderlichen Regelmässigkeit. Diese Gefahren sind aber besonders in jenen Fällen kaum mehr anzunehmen, wo der Bruch ein beweglicher ist und wo das Bruchband jede abweichende Darmlage verhindert.

Ob ein Bruchband auch einen ausreichenden Schutz gegen die Einklemmung bietet, wird in neuester Zeit und vielfach nicht mit Unrecht bestritten. Manche Autoren sind der wohlbegründeten Ansicht, dass eine nicht geschützte Hernie, wegen der notwendig dabei eintretenden Erweiterung der Bruchpforte den Einklemmungen weniger ausgesetzt ist, als die geschützte, deren Bruchpforte enger bleibt. Dies teilweise zugegeben, können Einklemmungen trotz des Bruchbandes, nur bei unzwekmässiger Beschaffenheit und ungeschikter Handhabung desselben vorkommen; wo eine sorgsame Behandlung beim Anlegen desselben stets stattfindet, können die Gefahren der Einklemmungen und die anderen Schädlichkeiten kaum noch in Betracht kommen. Die Versicherungsanstalten sind daher im vollen Rechte, wenn sie bei den Versicherten auf das Tragen eines zwekmässigen Bruchbandes bestehen.

Vor Allem ist also das Bruchband zu berücksichtigen; es muss gut anliegen, den Bruch vollständig zurückhalten und als elastisch und gut federnd sich erweisen.

Die Person muss im Stande sein, den ausgetretenen Bruch allein und vollständig zurückzubringen und das Bruchband ohne fremde Beihilfe anzulegen. Solche, die das nicht können, oder die mit einem unbrauchbaren Bruchbande sich vorstellen, müssen als minderwertige Versicherungsfälle angesehen werden.

Auch der Ernährungszustand muss in Betracht gezogen werden. Eine herabgekommene Ernährung kann ganz gut auf Rechnung des Bruches gesetzt werden. Ferner das Alter; stark in den Jahren vorgerückte Personen, die mit Brüchen behaftet sind, sollen, selbst bei sonst günstigen Verhältnissen nur nach der I. G. Kl. zur Versicherung zugelassen werden.

Ein merklich erweiterter Leisten- oder Schenkelkanal, der beim Husten oder Drängen kein Eingeweide austreten lässt, der aber dem zufühlenden Finger ein deutliches Anprallen

der Eingeweide entgegensezt, ist, allerdings bei einer etwas strengeren Auffassung gleich einer Hernie zu beurteilen, wobei das Tragen eines Bruchbandes gefordert werden soll. Es muss jedoch bemerkt werden, dass man hier nicht mit Entschiedenheit das Eintreten eines Bruches annemen kann. Bei einer nicht anstrengenden Tätigkeit der Person kann dieser Zustand als ein bleibender sich darstellen, oder dass ein Bruch etwa erst im späteren Alter zu gewärtigen ist und soweit dürfen die fürsorglichen Anforderungen der Versicherungsanstalten doch nicht gehen; ferner dass man mit gutem Grunde annemen kann, dass bruchbehaftete Personen, die ohne Bruchband dem Versicherungsarzte sich vorstellen, das angeordnete Bruchband schon wegen der Annemlichkeit desselben weiter tragen werden; solche jedoch, die blos eine Erweiterung der Bauchkanäle aufweisen, werden in der Regel das angeordnete Bruchband gleich nach der Untersuchung bei Seite legen. Es ist bemerkenswert, dass viele Menschen oft keine Ahnung von der Bedeutung eines Bruches haben, und nicht wenige derselben tragen einen Bruch Jahre lang mit sich, manche vielleicht durch das ganze Leben, ohne sich dessen bewusst zu sein.

Doppelte (beiderseitige) Brüche werden mit Unrecht als besonders ungünstig betrachtet, da gerade diese einen weit sichereren Verschluss durch das Bruchband gestatten; dagegen sind mehrfache Brüche bedenklicher, die je nach Umständen eine Versicherung nur nach der I. oder II. G. Kl. zulassen.

Unbewegliche Brüche werden nicht ganz mit Recht als versicherungsfeindlich betrachtet. Auch hier ist eine Versicherung nach der II. G. Kl. zulässig.

Es sollen hier nur die am häufigsten vorkommenden Brucharten besprochen werden.

Nabelhernien sind den Gefahren der Einklemmungen weniger unterworfen, um so mehr jedoch den anderen Schädlichkeiten, so den Verdauungsstörungen, namentlich wenn sie einen grösseren Umfang haben. Ein vollständiger, unter allen Umständen bleibender Verschluss durch das Bruchband ist hier nur schwer möglich. Nabelbrüche kommen am häufigsten bei stark fettigen Personen vor, besonders bei Frauen, die viele Geburten überstanden haben. Man wird gut tun, bei fetten Personen überhaupt sorgfältig auf Nabelhernien zu untersuchen, die nicht selten unter den Fettwülsten sich verstecken.

Kleinere Nabelhernien haben in der Regel keine Bedeutung.

Die Leistenhernien befinden sich oberhalb des Poupart'schen Bandes. Sie gehören zu den häufigsten und zu den am leichtesten zurückzuhaltenden Brüchen, deren Diagnose kaum einem Zweifel unterworfen ist. Nur wenn sie als Skrotalhernien sich einstellen, können sie mitunter mit Hydrokele oder Varikokele verwechselt werden.

Die unterscheidenden Merkmale zwischen einer Hernie und einer Hydrokele sind gegeben durch die Beschaffenheit der Skrotalgeschwulst. Ein Bruch fühlt sich weich, eine Hydrokele prall an; ferner durch die Fluktuation und durch das Durchscheinen des Lichtes, welche beide nur bei der Hydrokele sich vorfinden. Die Unterscheidung von Varikokele ist mitunter schwieriger. Nach A. COOPER können folgende Anhaltspunkte zur Unterscheidung dienen. Man schiebt in der Rückenlage die Geschwulst in die Bauchhöhle zurück, was bei beiden möglich ist, bei dem Leistenbruche, indem man die Eingeweide zurückschiebt, bei der Varikokele, indem man das Blut hinaufdrängt. Man legt sodann den Finger fest an den Leistenring und lässt den Betreffenden aufstehen und — immer den Finger anhaltend — Gehbewegung machen. Ist eine Hernie vorhanden, so wird nichts sich hervordrängen können, eine Varikokele hingegen wird wegen Compression des zentralen Stückes der Venen desto stärker anschwellen.

Die Schenkelhernie stellt sich in der Mitte der Schenkelbeuge unterhalb des Poupart'schen Bandes, als eine halbkugelige oder als eine eiförmige Geschwulst dar.

Verwechslungen wären möglich mit einem Varix, der mit der Schenkelhernie das gemeinsam hat, dass die Geschwulst beim Stehen deutlicher wird, dass sie weich und rundlich ist, dass sie sich reponiren lässt und dass sie beim Husten grösser wird. Die ungemeine Weichheit wird einen solchen Varix von der Hernie ganz auffällig unterscheiden. Ferner mit Kongestionsabszessen, die von kariösen Wirbeln ausgehen. Eine Täuschung scheint bei diesen Letzteren um so leichter zu sein, als auch sie beim Druke sich verkleinern; allein die Abszesse fluktuiren, gehen nicht von selbst durch die blosse Rückenlage zurück, kommen beim Aufhören des Drukes wieder zum Vorscheine

und endlich sind dabei schwere allgemeine Erscheinungen vorhanden.

Schenkelhernien werden gewöhnlich als nahezu versicherungsfeindlich angesehen u. zw. weil Einklemmungen hier häufiger vorkommen — was von mehreren anderen Autoren bestritten wird — weil ferner die Einklemmungen gefährlicher als bei Leistenhernien sich erweisen und weil, was tatsächlich der Fall ist, ihre Zurückhaltung durch ein Bruchband sich schwieriger bewerkstelligen lässt. Eine Bemessung nach der I. G. Kl. ist hier ganz gerechtfertigt.

Umfangreiche Brüche, die wegen starker Erweiterung der Bruchpforte durch ein Bruchband nicht mehr zurückgehalten werden können, lassen eine Versicherung nur nach der II. G. Kl. zu.

Prolapsus (Vorfall). Vorfälle, wenn sie sonst nicht als Folgen von Druck durch einen Tumor, was nur sehr selten der Fall ist, entstehen, sind in der Regel mehr belästigender als belastender Art. Beim Mastdarm-Vorfall können jedoch mehrfache pathologische Ursachen zu Grunde liegen: so Steinkrankheiten, Harnröhrenstrikturen und bei Greisen Gewebsschwund überhaupt; doch auch viele Geburten können dazu Veranlassungen geben. Bei der Untersuchung des Mastdarmes wird man nebstbei sein Augenmerk auf etwa vorhandenen Fisteln lenken, die oft in Folge von Geschwülsten entstehen und die nicht selten den Verdacht auf Phthise lenken.

Die sonst vorkommenden Vorfälle der Vagina, des Uterus, ferner die häufigen Abweichungen derselben die Flexionen und die Versionen beeinträchtigen die Versicherungsfähigkeit nicht, wenn sie nicht in ganz excessivem Grade sich einstellen und noch andere benachbarten Teile mit sich ziehen. In solchen Fällen müssten sie gleich den besonders umfangreichen Hernien beurteilt werden.

Die Hydrokele (Wasserbruch). Wir verstehen darunter den serösen Erguss (Transsudation) in den Hodensack als Folge der Entzündung seiner Scheidenhäute. Ist der Erguss von blutiger Beschaffenheit, dann ist die Hämatokele gegeben. Selbstverständlich haben wir uns hier mit der chronischen Form derselben zu befassen.

Die Hydrokele hat eine ei- oder birnförmige Gestalt, deren Diagnose durch eine gewisse Prallheit, durch Fluktuation

und durch das Durchschimmern des Lichtes bei künstlicher Beleuchtung und Verdunkelung der Umgebung, festgestellt werden kann.

Varikokele (Krampfaderbruch). Die Erweiterung der Venen entsteht durch eine Blutüberfüllung derselben. Entweder strömt mehr Blut zu den Hoden, oder ist der Rückfluss behindert. Zu den ersteren werden gewisse Anstrengungen, zu den letzteren gewisse Hindernisse Anlass geben: Brüche, Anschwellung der Leistendrüsen und sonstige Geschwülste, die einen Druck auf die Vena spermatica ausüben. Die Varikokele stellt eine weiche knotige Geschwulst dar.

Der Krampfaderbruch wirkt als solcher wol nicht lebensverkürzend ein, doch ist er oft mit Beschwerden verbunden. Er kann eine trübe bis zur Hypochondrie sich steigernde Stimmung hervorrufen, mitunter auch Entzündungen herbeiführen.

Der Gebrauch eines Suspensoriums ist unerlässlich, doch bietet dasselbe nicht einen ähnlichen Schutz wie sonst bei den Brüchen ein Bruchband.

Es sind nicht immer die umfangreichen Krampfaderbrüche, die die Beschwerden vermehren: kugelige, umschriebene Varikositäten scheinen grössere Beschwerden zu verursachen.

Ein Krampfaderbruch bei Personen mit schlechter Ernährung macht den Versicherungsfall zu einem minderwertigen, der in Folge beider ungünstigen Umstände etwa nach der I. oder II. G. Kl. bemessen werden kann.

Die Versicherungsfähigkeit der Frauen.

Erhöhte Versicherungsgefahr der Frauen. Mehrfache Ursachen, die alle aus dem Geschlechte sich ergeben, tragen dazu bei, die Frauen anscheinend als minder gute Versicherungsfälle zu betrachten. Vorerst sind es die rein physiologischen Vorgänge: die Entbindungen, zumeist jedoch die pathologischen Zustände, die den Frauen in Folge ihrer sexuellen Verhältnisse allein zukommenden Krankheitsformen, welche die Versicherung der Frauen beeinträchtigen. Schon der Beginn der Versicherungsfähigkeit gestaltet sich ungünstiger für Frauen als für Männer. Ein zwanzigjähriger Mann ist ein

Versicherungswagnis, das an Wert stetig zunimmt, und bis zu den Mitteljahren oder darüber hinaus gleichmässig bleibt. Eine zwanzigjährige Frau ist mitunter eine Gefar. Eine schwere Entbindung kann akute oder chronische Krankheitszustände nach sich ziehen. Nach der ersten Entbindung wird die Gefar zwar vermindert, doch nicht aufgehoben. Abortusfälle, viele und rasch aufeinanderfolgende Geburten beeinträchtigen die Gesundheit; die ungünstige klimakterische Zeit zieht sich zuweilen durch Jahre hin; manche latente Krankheiten, die vielleicht nie oder erst spät zum Ausbruche gekommen wären, können durch eine Entbindung akut werden, wie dies häufig bei der Phthise zutrifft.

Zudem ist die Untersuchung bei den Frauen erschwert. Die Besichtigung der Formen, die Beobachtung der Bewegungserscheinungen des Brustkorbes, die Betastung desselben, welche letztere bei den Frauen oft als ein wichtiger diagnostischer Behelf sich herausstellt, stossen auf Widerstand. Die Untersuchung per vaginam, die der sexuellen Verhältnisse wegen so eigentlich besonders vorgenommen werden sollte, ist kaum ausführbar und gibt auch in manchen Fällen von tatsächlich vorhandenen Uterinalleiden nicht immer und nicht sicher den gewünschten Aufschluss. Es kommt nicht selten vor, dass gerade solche Frauen, die mit sexuellen Leiden behaftet sind, eine Versicherung anstreben. Diese Frauen, pochend darauf, dass sie in Folge der Vorrechte ihres Geschlechtes eine zarte Behandlung und eine grössere Schonung bei der Untersuchung finden müssen, sind es zumeist, die das Ansinnen des Arztes, eine körperliche Untersuchung vorzunehmen, für absonderlich halten, und als eine unanständige Zumutung entrüstet zurückweisen.

Selbst die Grundlage des Versicherungswesens, die Statistik, scheint eben auch nicht sonderlich für die Versicherungstüchtigkeit der Frauen einzutreten; die statistischen Aufzeichnungen weisen fast übereinstimmend bei den Frauen in gewissen Altersjahren eine grössere Sterblichkeit auf, als bei den Männern.

Endlich finden die Versicherungsanstalten selbst die Versicherung der Frauen nicht eben wünschenswert, und halten dieselben durchaus nicht gleichwertig wie die Versicherung der Männer.

Diese Bedenken jedoch sind bei vorurteilsloser Erwägung durchaus nicht so begründet, dass man dadurch gegen die

Versicherung der Frauen sich ablenend verhalten müsse; ja das Bedürfnis und die gegenwärtigen sozialen Verhältnisse erheischen es sogar, dieselbe in grösserem Massstabe anzustreben. Die Gefahren der Entbindungen erweisen sich in der Neuzeit, bei der allgemein gebräuchlichen antiseptischen Behandlungsweise, nur in den seltensten Fällen als lebensbedrohend. Allerdings sind die von Haus aus kränklichen Frauen bei den Entbindungen grösseren Gefahren unterworfen; man wird eben bei der Untersuchung darauf bedacht sein müssen. Auch die mannigfachen Uterinalleiden sind oft genug mehr als unbehagliche, denn als lebensbedrohende Erscheinungen zu betrachten.

Die statistischen Angaben in Betreff der Sterblichkeit der Frauen im Verhältnisse zu den Männern sind durchaus nicht so ungünstig, wie im Allgemeinen angenommen wird.

Aus den Statistiken ergibt sich, dass nach mancher Zusammenstellung die Altersperiode zwischen 20 und 30 Jahren die Sterblichkeit eine geradezu günstige ist, und nach den anderen Aufzeichnungen eben nicht so ungünstig ausfällt, als man für die Zeit der grössten Fruchtbarkeit, für die Zeit der ersten Entbindungen erwarten durfte. Nur zwischen dem 30.—40. Jahre ist nach einer vollen Uebereinstimmung aller Statistiker die Sterblichkeit eine entschieden ungünstigere. Nach dem 40. Lebensjahre wird das Verhältnis von allen Statistikern als eben so entschieden günstig, als die vorhergehenden Jahre entschieden ungünstig verzeichnet.

Diese Ergebnisse können mit der Erfahrung in Einklang gebracht werden.

Schwächliche und mit Krankheiten behaftete Frauen, oder solche, die von Erbkrankheiten bedroht sind, werden nur in den selteneren Fällen nach den ersten Entbindungen einem frühzeitigen Tode verfallen.

Der Lebensabschnitt zwischen 20—30 Jahren ist also minder gefarvoll für dieselben. Erst dann, wenn viele Geburten, viele Schwangerschaften rasch aufeinander folgen, was auch für die sonst gesunden Frauen verderblich werden kann; wenn die Schwächlichen durch die mehrmaligen Schwangerschaften noch schwächer werden, wenn die vorhandenen Krankheitszustände in Folge der Entbindungen immer mehr, immer weiter sich entwickeln und allmähig bis zu ihrem höchsten Grade fortschreiten; wenn die Jahre heranrücken, wo zumeist die

Erbkrankheiten sich einstellen, dann nimmt die Sterblichkeit der Frauen mit Naturnotwendigkeit zu, und trifft diese Zeit mit der statistisch nachgewiesenen, nemlich mit dem Alter zwischen 30 und 40 Jahren ganz überein. Ueber das 40. Jahr hinaus beginnt die günstige Zeit für die Frauen, trotz der so gefürchteten klimakterischen Jahre.

Was nun die erschwerte Untersuchung anbelangt, wird man es dem Feingefühle des Versicherungsarztes überlassen müssen, dass er es verstehen wird, durch sein Benemen die Frauen zu beruhigen und ihnen die Ueberzeugung beizubringen, dass die etwa notwendigen Betastungen nur den physiologischen Bewegungserscheinungen des Brustkorbes und der etwaigen knotigen Auftreibungen an den Weichteilen, nicht aber dem Weibe gelten.

Physiologische Vorgänge und Krankheitszustände, welche die Versicherung der Frauen beeinträchtigen oder ausschliessen. Die Schwangerschaft. Es ist ein Gebrauch bei vielen Versicherungsanstalten, Frauen während der Schwangerschaft als versicherungsunfähig zu bezeichnen. Diese Massregelung der Frauen scheint mit der logischen Folgerung sich nicht zu vereinigen. Wenn auch die Vorsicht gerechtfertigt erscheint, eine erste Entbindung abzuwarten, was verhindert uns, eine Frau bei der zweiten, dritten und vierten Schwangerschaft zur Versicherung zuzulassen, nachdem die Erfahrungen bei derselben günstig lauten? Wenn ferner die Schwangerschaften als versicherungsfeindlich angesehen werden, was berechtigt uns in der Zwischenzeit die Versicherung anstandslos einzugehen, nachdem wir mit sehr grosser Warscheinlichkeit annemen müssen, dass der Segen sich wiederholen wird, durch die ganze Zeit der Blütejahre der Frauen, durch den ganzen Verlauf der Fruchtbarkeit? Ist nun die Heredität günstig, ist die Mutter der zu versichernden Frau nicht in Folge einer Entbindung verstorben, warum wollen wir, an pedantischer Ueberlieferung festhaltend, den vorhandenen Bedürfnissen entgegentreten?

Es ist allerdings nicht in Abrede zu stellen, dass die Untersuchung der Schwangeren sehr erschwert ist; ferner, dass manche Krankheitszustände während der Schwangerschaft scheinbar verschwinden und erst nachher wieder und warscheinlich noch stärker hervortreten; doch gilt dies zumeist bei

schon vorgerückter Schwangerschaft; in den ersten Schwangerschaftsmonaten könnte die Versicherungsaufnahme immerhin stattfinden. Ueberdies ist der Umstand berücksichtigungswert, dass nach statistischen Angaben, bei den verheirateten Frauen, trotz der Gefahren der Schwangerschaften, eine geringere Sterblichkeit vorherrscht als bei den Unverheirateten.

Der Versicherungsarzt hat die Aufgabe, alle jene Punkte im Gutachten anzuführen, welche die Schwangerschaft — die gegenwärtige oder die zukünftige — als Gefarsmoment oder als gefarlos anzukündigen vermögen. Es wären also zu berücksichtigen: Der Verlauf und der Ausgang der früheren Schwangerschaften, ob die Zustände derart gefardrohend waren, dass eine Wiederholung derselben bei dieser oder nächster Schwangerschaft verderblich werden könnte, ob die Entbindungen leicht oder schwer waren, ob die Frucht lebend oder todt zur Welt kam, ob Felgeburten eingetreten sind; ob lang andauernde Metrorrhagien und Nachkrankheiten sich eingestellt haben; ob die Erholung erst nach längerer Zeit erfolgt ist; wol auch ob die Person selbst stillte, oder wegen Schwächlichkeit dies unterlassen musste. Ferner sind zu beachten, die Ernährung, der Gesundheits- und Kräftezustand und der Bau des Körpers, namentlich: ob Verkrümmungen der Wirbelsäule, des Bekens zugegen sind, und ganz besonders hoch sind die hereditären Verhältnisse in Anschlag zu bringen.

Abortusfälle; schwere und häufige Geburten. Nach einem Abortusfall ist Vorsicht anzuraten und eine weitere Entbindung abzuwarten.

Mehrere Abortusfälle beeinträchtigen die Versicherungsfähigkeit, sowol wegen der Ursache, als auch wegen der Folgen derselben. Derselbe Standpunkt ist auch bei den schweren Geburten einzunehmen.

Auch die häufigen Geburten können ungünstig auf die Versicherungsfähigkeit einwirken. Der Umstand, dass in dem Jahrzehnt von 30—40 Jahren bei den Frauen eine grössere Sterblichkeit herrscht, zeigt auch, dass viele Geburten die Frauen bedeutend gefährden.

Klimax und Hysterie. Die Klimax ist durchaus nicht so gefährlich, als man sonst annam; doch aus bekannten Gründen wird man mit einer gewissen Vorsicht vorgehen und einige Zeit abwarten.

Die so häufig vorkommende Hysterie kann nicht als entschieden versicherungsfeindlich angesehen werden, namentlich wenn sie nicht hochgradig ist und keine sonstigen nachweisbaren Störungen aufweist, in welchen Fällen die Versicherung nach der I. G. Kl. stattfinden müsste.

Fibroide des Uterus. Die Fibroide widerraten die Versicherung. Wenn sie auch selten eine solche Grösse erreichen, dass sie das Leben unmittelbar gefährden, so können sie doch durch Blutungen, Vereiterungen, Verjauchungen lebensverkürzend einwirken.

Die Schleimhautpolypen, so harmlos sie auch sind, können durch anhaltende, wässerige oder blutige Ausflüsse die Gesundheit beeinträchtigen. Während ihres Bestandes ist eine Versicherung nicht statthaft. Ja sogar nach der Beseitigung derselben ist es geraten, längere Zeit — etwa zwei Jahre — abzuwarten, bis man mit grosser Warscheinlichkeit annemen kann, dass sich keine Rezidiven einstellen werden, was wol öfters, wenn auch nicht immer an derselben Stelle der Fall ist, oder die I. G. Kl. in Anwendung zu bringen. Die höher oben am Cervix und namentlich in der Uterushöhle sizenden Polypen sind noch bedrohlicher.

Chronische Metritis Bei der chronischen Metritis ist es schwer, die Heilung abzuwarten, man müsste bei manchen Frauen bis an ihr Lebensende warten. Die chronische Metritis ist unmittelbar gewiss nicht gefardrohend, denn sonst müssten sehr viele Frauen bald zu Grunde gehen; indessen das ewige Leiden, die ungünstigen Erscheinungen, das fortwährende Gefühl von Kranksein, die hysterischen Zufälle wirken mitunter gesundheitsstörend ein.

Fluor albus ist eine überaus häufige Erscheinung im sexuellen Gebiete, doch für gewöhnlich vorübergehend. Der Fluor kommt und vergeht, beides oft ohne irgend eine bekannte Veranlassung und Hinzutun. Die chronische Form ist aber für die Versicherungsfähigkeit bedenklicher. Schon der Umstand, dass viele, etwa noch unbekannte Krankheitszustände diesen hartnäckigen Fluor hervorbringen können, wirkt verdachterregend ein und endlich bleibt dieser Zustand für gewöhnlich bei schwächlichen, skrofulösen und chlorotischen Frauen andauernd. Bei günstigen Verhältnissen kann eine Versicherung nach der I. G. Kl. vorgenommen werden.

Menstruationsabweichungen. Hieher gehören die Amenorrhöe und die Dysmenorrhöe.

Die Störungen in der Geschlechtssphäre des Weibes kommen so häufig vor und die schädlichen Einwirkungen derselben auf den Organismus sind so selten, dass man den Versicherungsarzt fast mehr davor warnen müsste, einer allzustrengen Auffassung sich hinzugeben, als umgekehrt.

Bei vorhandener Amenorrhöe soll beachtet werden, ob Anämie, Chlorose oder sonstige Ernährungsstörungen zugleich vorhanden seien, ob etwa eine übermässige Fettigkeit des Körpers diese Zustände veranlasst habe. Bei hochgradiger Dysmenorrhöe, ob etwa ein auf die Uterusmuskeln drückendes Neugebilde die veranlassende Ursache sein könnte.

Die Menorrhagie kommt in manchen Fällen, bei Bluterinnen oder bei Skorbut, zumeist aber durch Veränderungen des Uterus bedingt vor. Dieselbe ist also nicht als gewöhnliche Menstruationsanomalie zu betrachten. Es empfiehlt sich in solchen Fällen auf die Versicherung zur Zeit nicht einzugehen.



Die minderwertigen Versicherungsfälle.

Es soll unsere Aufgabe sein, die minderwertigen Versicherungsfälle und ihre Merkmale hier aneinander zu reihen. Die Zustände, die das Leben für die Versicherung minderwertig machen, sind schon in der ersten Hälfte dieses Buches auseinander gesetzt worden; hier in diesem abgegrenzten Teile der ärztlichen Versicherungsdiagnostik handelt es sich um die Form, wie diese Zustände nach ihren Gefarsmomenten in Gruppen, in Gefahrenklassen eingeteilt werden sollen, um so eine Disziplin anzubauen, wie die anderen Hilfswissenschaften der Lebensversicherung; eine Disziplin, die ein stetes Fortschreiten in sich fasst, die eine stetige Gedankentätigkeit erfordert.

Die drei Gefahrenklassen.

Die Einteilung der minderwertigen Versicherungsfälle ist mit grossen Schwierigkeiten verbunden, da die mannigfachsten Ursachen und Zustände dazu beitragen können, das Leben minderwertig erscheinen zu lassen, und ebenso da eine und dieselbe Ursache, derselbe Zustand verschiedene Folgen haben können. Eine Einteilung nach den „warscheinlichen Todesursachen“ wie solche in der Denkschrift des Herrn Dozenten Dr. BLASCHKE dargelegt wurde, ist, wie schon in der Einleitung hervorgehoben wurde, vom ärztlichen Standpunkte undurchführbar, weil diese nur in sehr vereinzeltten Fällen, etwa bei hereditären Verhältnissen, oder bei schon ausgeprägten Krankheitsfällen sich erschliessen lassen. Es musste notwendigerweise eine Einteilung getroffen werden, die dem

Versicherungsstandpunkte sich vollkommen anpasst, die der Versicherungstechnik und der ärztlichen Versicherungsdiagnostik zugleich entspricht; also eine Einteilung nach Gefarenklassen, bei welchen jene Versicherungsfälle, die gleiche oder ähnliche Merkmale der zweifelhaften Gesundheit bieten, als zu einer Gruppe gehörend zusammengefasst werden u. zw. jenachdem eine Disposition zu einer Krankheit angenommen werden kann, jenachdem Zustände sich vorfinden, welche zu Krankheiten führen können, und jenachdem Krankheiten schon vorhanden sind.

Bei den hier folgenden Auseinandersezungen sind Wiederholungen allerdings unvermeidlich, und ebenso müssen die Umstände, unter welchen ein Versicherungsfall als minderwertig sich darstellt, hie und da abermals in Betracht gezogen werden; jedoch soll dies nur in Kürze, und in mehr übersichtlicher Weise, und nur dort ausführlicher geschehen, wo allgemeine Gesichtspunkte, Erläuterungen und Erweiterungen hinzugefügt werden müssen, die bei der früheren Darstellung nicht ganz am Plaze gewesen wären. Auch sollen die Wiederholungen nicht auf alle früher schon besprochenen minderwertigen Fälle sich erstrecken. Ein Vorgang, der für die Leser ermüdend und für den Zusammenhang störend wäre.

Es muss die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass die hier folgende Einteilung in Gefarenklassen nicht unverrückbar ist, denn die Fälle der einen Gruppe können unter mildernden oder erschwerenden Umständen hinauf oder hinunter sich verschieben. Es bleibt hier für den Chefarzt einer Versicherungs-Anstalt ein weites Feld der Tätigkeit offen, den einzelnen Fall selbständig einer bestimmten Gruppe anzureihen.

Die erste Gefarenklasse bezieht sich auf die Disposition zu Krankheiten, wo also die Gefahren nicht unmittelbar, nicht gegenwärtig, sondern mehr in die Ferne gerückt sind. Unstreitig ist die Beurteilung derselben eine schwierige. Man hat in der Mehrheit der hieher gehörigen Fälle keine sinnlich warnembaren Zustände vor sich, die einer genauen Bemessung oder Abschätzung zugänglich sind. Es ist die Unentschiedenheit, die hier oft in Betracht kommt, die in Zweifel lässt, ob man es mit Versicherungsfällen zu tun hat, die sich noch der Breite der Gesundheit anfügen oder ob und inwieweit sie davon abweichen.

Die erste Gefarenklasse schliesst in sich die umfangreichste Gruppe, die Mehrheit der Versicherungsfälle ein.

Die zweite Gefarenklasse bezieht sich auf solche abnorme Zustände, die noch keine Krankheitserscheinungen bieten, oder auf solche, die zwar Krankheitserscheinungen schon aufweisen, die aber an und für sich das Leben nicht unmittelbar bedrohen. Hier sind sinnlich warnembare Zustände zugegen, die der Beobachtung näher gerückt sind.

Die dritte Gefarenklasse bezieht sich auf tatsächlich schon vorhandene Krankheiten, welche wol auch voraussichtlich die Todesursache abgeben werden, die aber einen chronischen, in der Regel langwierigen Verlauf aufweisen.

Man wird sich jedoch hüten müssen, das Gebiet der dritten Gefarenklasse übermässig zu erweitern und alle jene Krankheiten mit einzubeziehen, die einen langsamen Verlauf haben. Die Chronizität allein gibt nicht das Kriterium ab, wonach die Versicherungsfähigkeit bemessen werden kann; es müssen die verschiedenen Stadien der Krankheit deutlich ausgeprägt erscheinen und so der Prognose sich zugänglich machen. Vorläufig sind es nur einzelne Krankheitszustände, die nach der dritten Gefarenklasse ihre Berücksichtigung finden.

Erste Gefarenklasse.

Diese umfasst eine Gruppe von Personen, bei welchen die Heredität, die früheren Krankheiten und die äusseren Verhältnisse, also die Anamnese, und ebenso die nervösen Erscheinungen auf eine Disposition, auf eine Geneigtheit des Organismus zu Krankheiten hinweisen.

Die Heredität.

Die Krankheiten aller Organe und Systeme können sich von den Eltern auf die Kinder fortpflanzen. Für uns wichtig, weil am meisten eintretend, sind die Krankheiten der Lunge, namentlich die Phthise und die Krankheiten des Nervensystemes.

Die Krankheiten der Lunge. Die Phthise. Die im Beginne dieser Facharbeit schon angeführten Geseze der Uebertragung der Erbkrankheiten so wie die ihr entgegenwirkenden Geseze

der Anpassung sollen durch folgende Bemerkungen teilweise erläutert werden.

Die grosse Sterblichkeit der Geschwister in den Kinderjahren, ist für sich allein nicht belastend genug, um daraufhin eine abfällige Beurteilung des Versicherungsfalles eintreten zu lassen. Hier sind die hygienischen Verhältnisse der Eltern in Betracht zu ziehen, die möglicherweise bei der Erzeugung der Ueberlebenden nicht mehr oder noch nicht sich geltend gemacht haben.

Eine grössere Tragweite hat, bei anerkannt gutem Gesundheitszustande des anderen Theiles des Elternpaares, die grosse Sterblichkeit der Nachkommen der Person im Kindes- oder im Jugendalter; hier liegt in erster Linie der Verdacht auf latente Lues vor. Wo jedoch sonst Bedenken in Betreff der Heredität vorherrschen, kann man auf eine hereditäre Belastung der Person mit sehr grosser Warscheinlichkeit schliessen.

Das Gesez der „Gleichzeitigkeit“, die Uebername der Erbkrankheit im „correspondirenden Lebensalter“ ist wol geeignet um daraufhin gewisse Schlüsse zu ziehen, indessen muss man sich stets gegenwärtig halten, dass die „Anpassung“ eine Verschiebung in dem Sinne herbeiführen kann, dass die Uebername der Erbkrankheit, bei den einzelnen Familiengliedern sich hinauszieht, bei den anderen früher stattfindet; dass nemlich die Anpassung eben hinreicht, um die Erbkrankheit bei einzelnen Familiengliedern später eintreten zu lassen, nicht aber wirksam genug sich erweist, um eine solche gänzlich hintan zu halten.

Eine als übertragbar geltende Krankheit der viel älteren oder der viel jüngeren Geschwister der Person lässt nicht immer auf eine erbliche Belastung des Gesamtfamilienstandes schliessen. Hier konnten mancherlei Umstände mit eingewirkt haben, die eher einen abweichenden Schritt vom Wege des hereditären Verlaufes, als eine Annäherung daran bekunden. So kann bei verdächtigen Krankheiten und Todesfällen der Geschwister — und hier wird es sich zumeist um die auffallende Kindersterblichkeit und um Skrofulose handeln — die Gesundheit der anderen, später erzeugten Familienmitglieder, als ein Beweis gelten, dass die hygienischen Verhältnisse der Eltern sich später günstiger gestaltet haben, und dass selbst bei ihrer tatsächlichen Belastung die Uebertragung der Krankheit nicht mehr stattfand.

Ebenso sind die verdächtigen Krankheitsfälle der jüngeren Geschwister namentlich dann weniger belastend, wenn die älteren Familienglieder einer ungetrübten Gesundheit sich erfreuen. Hier ist auch mit der Möglichkeit zu rechnen, dass selbst ein bei den Eltern vorhandenes Erbübel, bei ihnen als „latent“ sich erwies, oder auch dass sie dasselbe erst später erworben hatten, und in ihrer Vollkraft und noch unbeeinträchtigter Gesundheit, lebensstüchtige Kinder erzeugen konnten. Wie überhaupt die im späteren Alter — namentlich im vorgerückten Alter des Vaters — erzeugten Nachkommen, bekanntlich als minder widerstandsfähig sich erweisen.

Die Disposition zu einem Erbübel ist im gesteigerten Grade vorhanden, wenn zugleich eine fortgesetzte Infektion stattfindet. Aus diesem Grunde wirkt die Phthise der Eltern beim längeren Zusammenleben mit ihren Kindern verderblicher ein als bei ihrem früheren Absterben. Ihr in noch jungen Jahren erfolgtes Ableben lässt, bei längerer, dieses Alter überschreitenden Lebensdauer der Nachkommen eine etwas mildere Beurteilung zu. Im logischen Zusammenhange damit steht auch der günstige Umstand, wenn der Versicherungswerber seit seiner frühesten Jugend nicht mehr mit seiner Familie in Gemeinschaft lebte.

Dem Anscheine nach wäre die Zuweisung solcher Fälle, bei welchen die Heredität den Verdacht auf Phthise lenkt, die also die höchsten Gefarsmomente bieten, zur I. G. Kl. ganz ungerechtfertigt; allein hier handelt es sich noch um jene Fälle, wo zwar die Heredität auf das mögliche Eintreffen der Phthise hinweist, wo aber die unverkennbaren Merkmale ihres Eintretens noch abgehen; wo die Hereditätsgeseze noch eine mildere Deutung zulassen und wo vorhandene günstige Anpassungsverhältnisse geeignet erscheinen, die Gefar abzuschwächen. Wo aber kein Zweifel über das Umsichgreifen dieses Erbübels in der Familie besteht, wo die gleichalterige Lebensperiode, in welcher die Krankheit bei den Geschwistern eintritt, noch nicht überschritten ist, und besonders wo gewisse Merkmale: mangelhafter Ernährungszustand, phthisischer Brustkorb, vorausgegangene Krankheiten, die mit der Phthise in Beziehung stehen, darauf hinweisen, da wird der Versicherungsarzt sich kaum veranlasst sehen, diesen Fall noch einer Gefarenklasse, und gewiss nicht der Ersten anzureihen.

Von den anderen Lungenkrankheiten kann man nur jene als übertragbar bezeichnen, die an und für sich den Verdacht auf Phthise lenken, so: die Pleuritis und die Pneumonie. Diese Letztere kann wol, als akute Krankheit, ganz unverdächtiger Art sein, immerhin wird man die Verhältnisse sorgsam erforschen müssen, namentlich bei Rezidiven. Es ist bezeichnend, dass gerade die Pneumonie, die in unserer Zeit einen besonders günstigen Prozentsatz der Heilung aufweist, so überaus häufig als Todesursache der verstorbenen Familienglieder angegeben wird.

Minder oder gar nicht bedenklich ist das Emphysem der Eltern, das nur von einzelnen Autoren u. zw. in willkürlicher Weise als Erbkrankheit bezeichnet wird. Eine solche Annahme ist auch dann nicht gerechtfertigt, wenn der Brustkorb jene Merkmale an sich trägt, die man gemeinhin mit dem Emphysem in Beziehung bringt.

Die Krankheiten des Nervensystemes. Die nervöse Veranlagung, die in absonderlichem Denken, Empfinden und Handeln sich äussert, sowie gewisse bestimmte, auf Veränderungen im Zentralnervensystem beruhenden Krankheitsprozesse, welche durch eine gesteigerte oder herabgesetzte Tätigkeit des Muskelapparates, oder durch absonderliche Erscheinungen sich kenntlich machen, lassen sich oft auf eine Belastung von Seiten der Eltern zurückführen, auf Zustände also, die von Geschlecht auf Geschlecht sich fortpflanzen.

Die Geseze der Vererbung, die Bedingnisse zur Fortpflanzung der Krankheiten sind bei der nervösen Belastung nahezu dieselben wie bei der Phthise. Bei beiden bildet die „Disposition“, d. h. die innere Vorbereitung der Organe zu Erkrankungen die Grundlage, wobei jedoch es mit der Disposition sein Bewenden haben kann, und die Krankheit erst durch geeignete Bedingnisse zum Ausbruche gelangt, so bei der Phthise durch die Infektion und bei der nervösen Belastung durch die äusseren Einflüsse. Was nun bei der Phthise die Infektion bedeutet, vertritt bei nervöser Belastung die Umgebung, die Gewonheit, die Erziehung, das Beispiel, die gleiche Denktätigkeit, die gleiche Handlungs- und Lebensweise. Diese, die Infektion vertretenden Verhältnisse können eben auch für sich allein, ohne vorherrschende Belastung, den Erbübeln ähnliche Krankheiten

bei den Geschwistern bewirken. Diese Verhältnisse werden allerdings keine pathologischen Veränderungen im Zentralnervensysteme veranlassen, immerhin können sie funktionelle Störungen herbeiführen, wie solche bei Geisteskrankheiten oder Selbstmord-Manien miteinwirken.

Von Seite des Herzens und der Gefässe findet nur in vereinzelt Fällen eine hereditäre Uebertragung von Krankheiten statt. Wenn es auch nicht in Abrede gestellt werden kann, dass bei manchen Familien die Beschaffenheit der Arterien frühzeitig solchen Veränderungen unterworfen ist, die sonst erst im späteren Alter einzutreten pflegen u. zw. die Atheromatose der oberflächlichen Arterien. Es ist jedoch nicht bekannt, dass der atheromatöse Prozess der Aorta oder ein Aneurysma derselben einer Familie eigentümlich sei.

Es ist vorausgesetzt und es gehört zu den wichtigsten Aufgaben des Vertrauensarztes zumal des Chefarztes einer Versicherungsanstalt, bei der Beurteilung der Heredität die grösste Sorgfalt zu verwenden. Damit jedoch ist nicht gemeint, dass sie in erster Linie von Misstrauen sich leiten lassen, und bei nicht ganz klaren Verhältnissen sofort einer ungünstigen Deutung sich hinneigen müssen. Hier vor Allem ist die volle Objektivität erforderlich. Ferner ist es nicht gestattet, die Grenzen der Heredität zu weit hinauszuschieben und auf Krankheiten auszudehnen, für deren Uebertragbarkeit noch keine sicheren Beobachtungen vorliegen.

Die früheren Krankheiten.

Es kommen hier in Betracht, die Krankheiten in den Kinderjahren und die Krankheiten in dem reiferen Alter.

Die in der Kindheit vorausgegangenen Krankheiten bekunden ihre nachhaltige Einwirkung auf den Organismus entweder dadurch, dass sie in einzelnen ihrer Erscheinungen auch noch in späteren Jahren sich bemerklich machen und so auf ihre teilweise Latenz hinweisen, oder dass sie durch den, wenn auch schon abgeschlossenen Krankheitsprozess der Knochen solche Veränderungen zurücklassen, die zu Verbildungen oder Verkrümmungen des Skeletes föhren.

Als solche Krankheiten gelten: die Skrofulose und die Rachitis.

Die Skrofulose. Diese ist allerdings eine so schwere konstitutionelle Krankheit, dass man anscheinend Anstand nehmen müsste, sie nach der I. G. Kl. zu beurteilen. Aber hier bei der vollentwickelten, in den reiferen Jahren stehenden Person handelt es sich in der Regel um einen abgeschlossenen, in manchen Fällen um einen zum Stillstande gelangten Krankheitsprozess, der gewiss nicht in seiner Ursprünglichkeit wieder in Erscheinung tritt.

Wo jedoch die Skrofulose stark ausgesprochene Merkmale ihrer Andauer bietet, da wird man je nach dem Grade, eine höhere Gefarenklasse in Anwendung bringen, die Versicherung zurückstellen, oder ganz zurückweisen.

Die Rachitis. Als abgeschlossener Prozess, der nicht mehr über das reifere Alter hinüber reicht, wird die Rachitis als solche kaum mehr belastend einwirken, dafür aber lässt sie Folgezustände zurück, durch Verbildungen und Verkrümmungen des Knochenskeletes.

Von diesen rachitischen Zuständen werden nur die Verbildungen der Bestandteile des Brustskeletes, insofern sie den Raum des Brustkorbes stark einengen, wie dies bei hochentwickelter „Hühnerbrust“ der Fall sein kann, nach der I. G. Kl. bemessen; die Verkrümmungen jedoch werden in der Regel einer höheren Gefarenklasse angereiht.

Die Krankheiten in den reiferen Jahren, die hier in Betracht kommen, werden nach ihrem gemeinsamen Merkmale, der voraussichtlichen Rezidive beurteilt. Die Versicherungsanstalten suchen diesen Gefahren durch eine Wartezeit von drei bis fünf Jahren zu begegnen. Die I. G. Kl. aber entspricht ganz den Gefahren der Rezidiven und ist darnach bemessen um die Wartezeit erheblich abzukürzen. Dies gilt jedoch nur bei normalem glatten Verlaufe der Krankheit; wo aber schädliche Verhältnisse eingewirkt haben, wo ein abnormer Verlauf, oder der Norm nicht entsprechende Folgezustände zu vermerken sind, da bleibt es der ärztlichen Beurteilung vorbehalten, eine höhere Gefarenklasse in Anwendung zu bringen.

Alle diese Krankheiten sind in Bezug auf ihre Gefarsmomente in dieser Facharbeit schon besprochen worden. Es soll hier nur eine kurze Anführung einiger derselben erfolgen.

Syphilis. Die Syphilis erheischt eine besonders sorgfältige Beurteilung. Als konstitutionelles Leiden, welches oft bei

scheinbarem Abschlusse des Prozesses noch immer dem Organismus einverleibt, daselbst gebunden bleibt, kann die Syphilis gelegentlich auf verschiedene Organe übergreifen, Krankheitsprozesse hervorrufen, solche auslösen oder vortäuschen, die sonst ferne ab von ihr zu liegen scheinen.

Das Uebergreifen der Lues auf die Organe findet gewöhnlich so spät statt, dass man sie als aetiologisches Moment oft ganz ausser Acht lässt. Auch ist ein solcher Vorgang nicht von der Schwere oder der langen Andauer des Krankheitsprozesses abhängig. Nichtsdestoweniger ist man beim raschen Verlaufe der Lues ohne Rezidiven bemüssigt, nach einer Frist von zwei bis drei Jahren auf eine Versicherung unbedingt, oder nach der I. G. Kl. einzugehen.

Der akute Gelenksrheumatismus. Bei ganz glattem Verlaufe der Krankheit sind zwei oder drei Jahre der Wartezeit dafür ausreichend, um Beobachtungen anzustellen, wie der Wechsel einiger Jahreszeiten auf die Person einwirken wird. Die Infektion richtet sich so eigentlich nicht nach Jahreszeiten, die ihren Einfluss mehr bei Muskelrheumatismus oder bei Neuralgien ausüben, immerhin können sie als Schädlichkeiten gelten, die eine Infektion begünstigen. Anders jedoch, wenn der Prozess auch auf das Herz übergriff, und ganz besonders, wenn Rezidiven schon stattgefunden haben. Hier ist eine Erhöhung der Wartezeit oder eine Erhöhung der Gefarenklasse in Anwendung zu bringen.

Die Pleuritis. Die grosse Bedeutung der Entzündung der Pleura ergibt sich daraus, dass selbst nach ihrer Heilung der Verdacht auf Tuberkulose noch aufrecht bestehen kann. Die Anreihung einer solchen für Tuberkulose symptomatischen Krankheit an die I. G. Kl. wäre demnach scheinbar gewagt; aber man muss mit der Tatsache rechnen, dass ihr idiopathisches Auftreten wiederholt beobachtet wird, und dass nach ihrer Heilung, selbst nach einer langen Reihe von Jahren keine tuberkulöse Erkrankung sich einstellt.

Die Erfahrung in der Versicherungspraxis lehrt zwar, dass die Pleuritis sich nicht selten nach einer Reihe von Jahren wiederholt und erst dann ihre wahre Natur offenbart; allein in solchen Fällen kann man in der Regel darauf rechnen, dass in der Zwischenzeit einzelne verdächtige Symptome sich

bemerklich machten. Gewöhnlich treten schon nach dem ersten Jahre der vorausgegangenen Pleuritis gewisse Merkmale ein, die als Zeichen eines nicht ganz abgeschlossenen Prozesses gedeutet werden können.

Bei allen diesen vorausgegangenen Krankheiten wird auch der gegenwärtige Befund mit in Betracht kommen müssen; wo dieser von zweifelhafter Art ist, gewinnen die früheren Krankheiten an Bedeutung und lassen eine Versicherung nur nach einer höheren Gefahrenklasse zu.

Die äusseren Verhältnisse.

Wir verstehen darunter die Lebensweise, die Beschäftigung, den Beruf und im gewissen Sinne das Klima.

Alle diese Verhältnisse werden an und für sich nur sehr selten die Minderwertigkeit des Versicherungsfalles bedingen. Wol können sie bei zweifelhafter oder gestörter Gesundheit zu Ungunsten der Versicherung mit in Anschlag gebracht werden, aber dann ist es eben der Befund, der in erster Linie in Betracht kommt.

Die Lebensweise kann nur in Bezug des Hanges zum Trunke, zur Schlemmerei und zur sinnlosen Ausschweifung auf die Versicherungsfähigkeit einwirken; wobei überhaupt jede Versicherung zu widerraten ist.

Die Beschäftigung. Es ist unzweifelhaft, dass es eine Reihe von ungünstigen Beschäftigungsarten gibt, die die Gesundheit gefährden: der Staub, die Gase, die Verarbeitung der verschiedenen Metalle, sowie die schweren Arbeitsverrichtungen als solche, sind im Stande auf die Atmungs- und Verdauungsorgane sowie auf die Herztätigkeit ungünstig einzuwirken. Folgt man den Angaben der Statistiker, so gibt es eine nicht unbeträchtliche Zal von bürgerlichen Gewerben, die als gesundheitschädigend angesehen werden müssten. Im Grossen und Ganzen jedoch wird man dem gegenwärtigen Stande der Hygiene Rechnung tragen und diese zu düster dargestellten Schädlichkeiten nicht ganz als zu Recht bestehend ansehen.

Kaum noch bei der Arbeiterversicherung ist eine solche ängstliche Auffassung gerechtfertigt, da fast in allen zivilisirten Staaten für die hygienischen Einrichtungen der Fabriken ausreichende Massnahmen getroffen werden. Die Staubarbeit lässt

sich allerdings nicht so leicht verhüten; man wird auch hier der Anpassung und den betreffenden geeigneten Arbeitsräumen Rechnung tragen.

Die Versicherung der Bergwerksarbeiter wird immerhin nach einer Gefahrenklasse geschehen müssen. In der Regel kann hier, sowie bei einzelnen ungünstigen Beschäftigungsarten die Versicherung nach der I. G. Kl. stattfinden.

Bei dem Berufe ist es besonders die ärztliche Tätigkeit, die — mit Recht — als gefährdend aufgefasst werden kann; doch wird es kaum einer Versicherungsanstalt beifallen, die Versicherung eines Arztes mit einer Gefahrenklasse in Verbindung zu bringen.

Das Klima. Selbst eine Malariagegend hat für die Versicherung der Einwohner keinen Bezug. Die Menschen finden sich mit ihrem Klima ab, sie sind von Jugend auf aklimatisirt. Nur wo ein Versicherungswerber voraussichtlich in eine solche Gegend sich begeben wird, ist die I. G. Kl. angezeigt.

Die nervösen Erscheinungen.

Die abnormen Erscheinungen auf dem Gebiete des Nervensystemes, welche nach der I. G. Kl. bemessen werden, sind solche, die auf funktionellen oder periferen Störungen beruhen. Bei gleichzeitiger hereditärer Belastung werden die Gesundheitsverhältnisse der Familienglieder zu Gunsten oder zu Ungunsten der Person gedeutet werden können; hieher gehören:

Die Nervosität. Es ist nicht leicht die Grenze zu ziehen zwischen der Nervosität, die noch in der Breite des Physiologischen sich bewegt und zwischen einer solchen, die schon an das pathologische Gebiet streift. Jedenfalls wird man in der Gegenwart, in dem Zeitalter der allgemeinen Nervosität, die Grenzen weiter hinaus absteken müssen und erst bei einer unzweifelhaft gesteigerten Nervosität die I. G. Kl. in Anwendung bringen. Die Neurasthenie, die oft in ihren abschreckenden Erscheinungen bedrohlicher sich ansieht, als sie dem Befunde entspricht. Die Neuralgien, wenn sie nicht in Betreff ihrer aetiologischen Momente Gegenanzeigen bieten. Die Neurosen in den verschiedenen Organen: die Gastroneurosen, das nervöse Herzklopfen u. s. w. Endlich einzelne Bewegungs-

anomalien, die ebenfalls nicht auf zentralen Grundlagen beruhen: die mannigfachen hysterischen Krampf-Formen, einzelne periphere Lähmungen, besonders des Facialis u. s. w.

Die zweite Gefarenklasse.

Diese umfasst eine Gruppe von Personen, die mit abnormen Zuständen behaftet sind, die nicht so sehr an und für sich, als durch ihre Folgen die Gesundheit gefährden; ferner die mit schweren Krankheiten belastet waren, welche das Leben fortwährend dadurch bedrohen, dass sie ihrem Wesen nach mehr zur Latenz als zur Heilung neigen.

Hieher gehören: die Anomalien in den Ernährungsvorgängen; die Abweichungen des Skeletes in seiner Form und in seiner Beschaffenheit; die chronischen Katarrhe; die Krankheiten der Lunge, des Zentralnervensystemes und der anderen Organe.

Die Anomalien in den Ernährungsvorgängen. Es ist hier nicht die herabgesetzte Ernährung, die objektive oder subjektive schwache Konstitution, die man allenfalls noch der I. G. Kl. anreihen kann, sondern die auf Blutarmut beruhende genuine Anämie gemeint, mit Ausschluss aller Verdachtsmomente, die auf verborgene Leiden hinweisen, aber auch mit Ausschluss solcher Symptome, die auf die schweren Krankheitsformen der perniziösen Anämie sich beziehen. Wobei also keine Drüsen und- Milzanschwellungen sich darbieten, wo kein Verfall der Kräfte sich auffällig macht, sondern wo im Gegenteil der gute Ernährungszustand vorteilhaft von der auffallenden Farbenveränderung der allgemeinen Deke sich abhebt.

Die Abweichungen des Skeletes in seiner Form und in seiner Beschaffenheit. Die Verkrümmungen der Wirbelsäule. Die Kyphose, Skoliose und Lordose finden ihre Beurteilung je nach der Form und je nach dem Grade der Verkrümmung. Die Bogenform lässt eine minder ungünstige Einwirkung auf die Organe des Brustkorbes voraussehen, als die Winkelform. Bei der ersteren ist es zumeist der übermässige Umfang der Verkrümmung, der zu Bedenken Anlass gibt, bei der letzteren ist es die ungünstige Verkrümmung an und für sich, die selbst bei geringem Umfange ähnliche oder stärkere Wirkungen ausüben kann wie die übermässige Verkrümmung. Bei dieser Form

tragen mehrere Umstände dazu bei, um sie als belastend betrachten zu lassen: ihr Ursprung — der tuberkulöse Prozess der Wirbeln, — die Einknickung der Wirbelsäule und die Compensationskrümmungen, die zumeist bei dieser Form sich einstellen.

Die Hüft- und Kniegelenksverkrümmungen werden mehr ihres Ursprunges, da sie zumeist auf tuberkulösen Prozessen der Gelenksenden beruhen, als ihrer Einwirkungen wegen, die hier belanglos sind, nach der II. G. Kl. bemessen. Dies ist namentlich der Fall, wenn noch Anschwellungen an denselben vorhanden sind. Eine ausgesprochen gute Entwicklung des übrigen Skeletes und der Weichteile lässt eine Versicherung nach der I. G. Kl. oder ganz bedingungslos zu.

Die chronischen Katarrhe. Die chronischen Katarrhe der Bronchien, des Magens, des Darmes und des Urogenitalsystemes, namentlich der Blase, erfordern eine besondere Aufmerksamkeit bei ihrer Beurteilung. Nicht ihrer selbst wegen, ihr Wesen ist nicht derart, dass sie lebensbedrohend werden, nicht ihres nachteiligen Einflusses auf die betreffenden Organe, diese passen sich allmählig den Störungen an, auch nicht ihrer Folgen wegen, diese finden in der Gefahrenklasse, nach welcher sie bemessen werden, ihre richtige Abschätzung; wol aber in Betreff ihrer Ursachen und ihrer Bedeutung als Symptome. Alle diese Katarrhe können verschiedene Grundlagen haben und können als Symptome verschiedenartiger Krankheiten oft Jahre vorher zum Vorscheine kommen. Hier sind die anamnestischen Nachforschungen von besonderer Wichtigkeit.

Die Krankheiten der Lunge beziehen sich auf akute oder chronische Leiden, die mit solchen Symptomen einhergehen, wie sie tuberkulösen Prozessen zu eigen sind und mit diesen zumeist im innigen Zusammenhange stehen. Dabei werden die akuten Prozesse eine minder ungünstige Beurteilung finden, als die chronischen Leiden; da die ersteren trotz mancher Erscheinungen, wie etwa Hämoptysen, die einen hervorragenden Anteil an der Diagnostik der Lungentuberkulose nemen, nicht immer mit voller Bestimmtheit auf einen tuberkulösen Prozess gedeutet werden müssen; es sei denn, dass eine Infiltration oder der bacilläre Befund einen solchen sichergestellt haben. In welcher letzterem Falle eine Versicherung kaum noch nach der III. G. Kl.

stattfinden könnte; sie beziehen sich ferner auf die hartnäckigen Spizenkatarrhe sowie auch auf die lange anhaftenden, zur Zeit noch andauernden Exsudatreste nach Pleuritis.

Bei der Beurteilung wird die Zeit, der Befund und die Heredität mit in Betracht gezogen werden müssen. Nur wenn eine beruhigend lange Zeit, von etwa fünf Jahren aufwärts — bei Spizenkatarrhen auch schon früher — seit der Erkrankung verstrichen ist; bei normalem Lungenbefunde; bei sichtlicher Zunahme der Ernährung und beim Abgehen aller verdächtigen Hereditätsverhältnisse ist eine Versicherung nach der II. G. Kl. noch statthaft.

Man wird jedoch über die Vorgänge, die in der Zwischenzeit stattgefunden haben, anamnestisch sich Klarheit verschaffen müssen: ob nicht hie und da in kürzeren oder längeren Pausen einzelne, wenn auch nur geringe Symptome sich einstellten, die auf den ursprünglichen Prozess mehr oder minder deutlich hinweisen. Solche Vorkommnisse wären durchaus nicht geeignet, um auf eine andauernde Latenz, geschweige denn auf eine Heilung des Krankheitsprozesses zu schliessen.

Zu den Krankheiten, die nach ihrem scheinbaren Abschlusse sich nicht selten noch als latent erweisen, gehört auch die Syphilis, namentlich wenn sie durch gewisse Anzeichen, ihre Latenz oder ihre Neigung dazu bekundet. Syphilis, die überaus lange sich hinzog, die über die ersten Jahre der Infektion ihre charakteristischen Merkmale an der Haut, an den Knochen, an den ersten Luftwegen und besonders am Kehlkopfe zurückliess, und ganz besonders, wenn im Laufe der Jahre Lähmungserscheinungen namentlich an den Augenmuskeln oder an den Stimmbändern sich einstellten, selbst wenn diese auch zur Zeit nicht mehr fortbestehen, erfordert eine Beobachtungsfrist von mindestens fünf Jahren, oder eine Bemessung nach der II. G. Kl.

Tertiäre Formen mit Zerstörungen der Gewebe, können, je nach der Länge der vorausgegangenen Zeit und je nach dem gegenwärtig beruhigenden Befunde, nach der II. oder III. G. Kl. beurteilt werden.

Die Krankheiten des Zentralnervensystemes. Die vorausgegangenen Hemiplegien und Paraplegien schliessen jede Versicherung aus, selbst wenn seither eine längere Zeit verstrichen ist und keine oder wie in der Regel nur geringe Spuren

derselben zurückgeblieben sind. Spinale oder cerebrale Kinderlähmungen jedoch können trotz ihrer Folgen: der Verkrümmungen einzelner Gliedmassen, der teilweisen Muskelatrophie und des schwächlichen Körperbaues nach der II. G. Kl. berücksichtigt werden.

Morbus Basedowii kann nach Abschluss des akuten Stadiums nach der II. G. Kl. bemessen werden.

Zu den vorausgegangenen Krankheiten, die noch immer einen Verdacht auf Rezidiven erwecken, gehören gewisse Formen von Magen- und Darmgeschwüren, die nicht als Folgen anderer pathologischen Prozesse, sondern als idiopathische Krankheiten auftreten: Das Magen- und Darmgeschwür.

Ulcus ventriculi kann nach der II. G. Kl. beurteilt werden, wenn dasselbe, wie dies zumeist der Fall ist, in den Jugendjahren auftrat und auch da seinen Abschluss fand. Hier ist die Diagnose sicherer, die Prognose günstiger und die Rezidiven seltener als bei den im späteren Alter auftretenden Magengeschwüren, die eine Versicherung kaum mehr gestatten. Warscheinlich geht die Vernarbung im jugendlichen Alter auch leichter vor sich und ist von festerer Beschaffenheit als in späteren Jahren. Nach einer längeren Beobachtungsfrist von über zehn Jahren dürfte eine Rezidive kaum mehr zu besorgen sein.

Allerdings wird hier wie überall nach vorausgegangenen Krankheiten, der andauernde Gesundheitszustand während der Zwischenzeit massgebend sein; nur muss bemerkt werden, dass gewisse Verdauungsbeschwerden noch in den späteren Jahren sich einzustellen pflegen, aber solche Personen wenden fortwährend eine gewisse Sorgfalt in Betreff der ihnen zuträglichen Nahrungsmittel an. Hier jedoch wird man eine besondere Aufmerksamkeit auf die Untersuchung des Magens richten. Eine Magendilatation, wo die untere Magengrenze unter dem Nabel steht, wird den Verdacht auf eine Stenose des Pylorus als Folge der Narbenbildung lenken, die jede Versicherung ausschliesst.

In ähnlicher Weise kann das perforirende Duodenalgeschwür beurteilt werden.

Die dritte Gefarenklasse.

Diese umfasst eine Gruppe von Personen, die mit Krankheiten schon behaftet sind u. zw. mit solchen, welche

voraussichtlich die Todesursachen abgeben werden. Das Gemeinsame aller hieher gehörigen Krankheitsfälle ist der chronische, in der Regel langsame Verlauf derselben. Solche Krankheiten sind:

Das Emphysem. Die Einbusse, die die Lunge an ihrer Elastizität erleidet, vollzieht sich in der Regel nur allmählig; ein jäher Umschwung ist nur selten, ein rascher Tod kaum je zu befürchten. Wo nicht ihre Elastizität so weit herabgesetzt erscheint, dass ihre Ein- und Ausatmungstätigkeit nur mit grosser Anstrengung geschieht; wo nicht häufige und hochgradige asthmatische Beschwerden sich einstellen und alle Zeichen des gestörten Blutlaufes von Seite des Herzens: cyanotische Färbung der allgemeinen Deke, Oedeme an den abhängigen Körperstellen, noch abgehen, da ist die Anwartschaft auf eine längere Lebensdauer und mithin die Versicherungsfähigkeit der Person noch gegeben. Doch darf man ebenso wie bei Herzfehlern, einem leicht bläulichen Anfluge an zarten gefässreichen Hautstellen keine zu hohe Bedeutung beimessen. Dafür ist ja ein Emphysem, eine Behinderung der Atmungsvorgänge vorhanden; nur wo die Cyanose stark hervortritt, und ganz besonders wenn eine Herzhypertrophie — hier des rechten Ventrikels — sich einstellt, muss man auf ein stark vorgeschrittenes Stadium des Emphysems schliessen, wo eine Versicherung nicht mehr statthaft ist. Denn anders als wie bei dem Herzfehler erweist sich die Herzhypertrophie beim Emphysem; sie stellt sich zwar bei beiden als „Compensation“ des gestörten Blutlaufes ein, doch ist eine solche Störung beim Emphysem ein Folgezustand der Verödung eines Teiles des Lungengebietes, des Schwindens der Capillargefässe und beruht dieser gestörte Kreislauf demnach auf pathologischen Grundlagen, während solche bei Herzfehlern nicht vorhanden sind, oder wenigstens nicht die Bedingnisse dafür abgeben müssen. Die Erscheinungen, die als Folgen der Herzhypertrophie sich bemerklich machen: die Pulsatio epigastrica, die Accentuirung des zweiten Pulmonaltones, sind demnach als ungünstige Anzeichen zu betrachten. Nur jene Erscheinungen und Zustände, die ausschliesslich auf die Lunge sich beziehen: die erweiterten Grenzen derselben, das verlängerte Expirationsgeräusch, die Katarrhe, allenfalls eine eben noch merkliche Atemnot gestatten eine zum Verhältnis dieser Gefarenklasse günstige Prognose. Dabei jedoch ist es eine

Hauptbedingung, dass die Ernährung eine dem Alter der Person vollkommen entsprechende sein muss und dass nicht eine überwiegende Fettbildung sich herausstellt.

Die Herzkrankheiten. Wir müssen hier verschiedene abnorme Zustände unter dem Sammelnamen: Herzkrankheiten zusammenfassen: die Herzfehler, das Fettherz, die Atheromatose der Gefässe und die Aneurysmen.

Die Herzfehler. Die diagnostischen und prognostischen Merkmale eines Herzfegers sind weit sicherer und zutreffender gegeben als beim Emphysem. Die Beurteilung der Versicherungsfähigkeit eines Herzleidenden ist daher oft mit weniger Schwierigkeiten verbunden, als die eines Emphysematikers; trotzdem dass ein jäher Umschwung, ein unerwarteter letaler Ausgang bei der Beurteilung des ersteren mit in Rechnung gezogen werden muss.

Schon der Umstand, dass die Herzfehler keine pathologischen Grundlagen haben, sondern blos auf einer fehlerhaften Anlage in dem Mechanismus des Kreislaufes beruhen, bietet ausreichende Anhaltspunkte für ihre Beurteilung. Sind solche Zustände vorhanden, welche die Hindernisse, die eben diese fehlerhaften Vorrichtungen dem Blutlaufe entgegensetzen, überwinden, ist eine Compensation durch die Hypertrophie der Ventrikel bewerkstelligt worden, dann kann man nicht mehr mit Recht von einem gestörten Kreislaufe und seinen Folgen sprechen. Der Blutumlauf vollzieht sich durch die gesteigerte Kraft der Ventrikel ganz prompt, und ebenso die gleichmässige Verteilung des Blutes in den Gefässen.

Die Beschwerden, die ein Herzfehler verursacht, werden am ehesten im Beginne der Krankheit, bevor noch eine Compensation sich herangebildet hat und gegen Ende derselben, wo die Compensation schon abgenützt ist, auftreten. In der Zwischenzeit, vom Beginne der Compensation bis zu deren Abnützung, können alle Beschwerden und alle Folgezustände ganz abgehen, so dass viele mit Herzfehler behafteten Personen oft keine Ahnung ihres Grundleidens haben, und eben in diese Zwischenzeit fällt auch die Periode der Versicherbarkeit solcher Personen, die erst dann aufhört, wenn der Herzfehler in sein pathologisches Stadium tritt, wenn das Herzfleisch morsch, brüchig, fettig entartet wird, die Ventrikel

nicht mehr arbeitstüchtig sind und die pathologischen Folgen der venösen Stasen in den verschiedenen Organen sich einstellen.

Es ist also von Wichtigkeit die genaue Unterscheidung zu treffen, ob die Compensation noch aufrecht besteht, oder ob die Arbeitstüchtigkeit des Ventrikel schon herabgesetzt ist. Die Zeichen der gestörten Compensation wird man zwar nicht aus dem Verhalten des Herzens entnemen können — die phisikalischen Untersuchungsmethoden bieten, wie schon früher besprochen wurde, keine Anhaltspunkte dafür, — wol aber aus einer Summe von Erscheinungen, die der Versicherungsarzt zu deuten wissen wird: der leidende Zug, die cyanotische Färbung, die herabgesetzte Ernährung, die venösen Stauungen in den Organen, vorwiegend die Erscheinungen in der Lunge und die rheumatischen und asthmatischen Beschwerden. Diese können wol verheimlicht und zur Zeit der Untersuchung notdürftig unterdrückt werden, jedoch wird eine anamnestiche Erforschung hier, wo man bestimmte Anhaltspunkte hat, eher möglich sein, als in Fällen, wo solche Nachforschungen nur mehr allgemein gehalten sind.

Das Fettherz. Es handelt sich hier um eine idiopathische Vergrösserung des Herzens, die man dem Fette zuschreibt und nicht um die fettige Entartung der Herzmuskeln, wie eine solche in Folge der lange bestehenden Herzfehler sich entwickelt.

Die Diagnose eines Fettherzes ist nur in den selteneren Fällen mit Sicherheit festzustellen. Eine allgemeine Fettigkeit des Körpers, eine stark verbreitete Herzdämpfung, die derart ist, dass man den Anteil, den das umgebende Fett an der Dämpfung nimmt, ausschliessen kann, leise Herztöne, ein kleiner unregelmässiger Puls sind Anzeichen, die darauf hinweisen können. Es entspricht durchaus nicht dem Versicherungsstandpunkte das Wagnis einer Versicherung hier einzugehen, weil — die Richtigkeit der Diagnose vorausgesetzt — dies schon ein pathologischer Zustand ist, der keine Bürgschaft der längeren Andauer bietet.

Die Arteriosklerose. Diese bietet so viele Verschiedenheiten dar, dass es schwer fällt, gewisse Normen aufzustellen, nach welcher Gefarenklasse sie beurteilt werden soll. Es ist hier ein weiter Spielraum gegeben von der unbedingten Aufnahme bis zur

Anreihung an die verschiedenen Gefarenklassen und bis zur gänzlichen Ablenkung. Schon der Umstand, dass man bei höherem Alter dieselbe als einen geradezu natürlichen Vorgang anzusehen gewont ist, sowie der weitere Umstand, dass man von der Arteriosklerose der oberflächlichen Arterien keinen endgiltigen Schluss auf die tieferen Arterien anstellen kann, können zu Irrdiagnosen führen.

Im Allgemeinen kann man von folgenden Gesichtspunkten sich leiten lassen. Eine Arteriosklerose, die mit einer Hypertrophie des linken Ventrikels einhergeht, bedeutet in der Regel einen schon vorgeschrittenen Krankheitsprozess. Eine solche Hypertrophie stellt sich oft bei der Sklerose der Coronaris und ganz besonders der Aorta ein, die als versicherungsfeindlich zu betrachten sind. Wo in den mittleren Jahren der Person die Arteriosklerose stark ausgeprägt erscheint, wo die Arterien wie harte Stränge sich anfülen und wo man die Verkalkung förmlich tasten kann, darf eine Versicherung, wenn eine solche überhaupt noch stattfinden soll, nur nach der III. G. Kl. vor sich gehen. In vorgerückteren Jahren, wobei aber die sonstigen Zeichen des Marasmus noch nicht zum Ausdruck gelangen, kann die Beurteilung nach der I. oder II. G. Kl. geschehen.

Die Schrumpfniere. Die in den Fachkreisen vielfach angeregte Frage ob und inwieferne ein geringer Eiweissgehalt des Harnes noch als ein physiologischer Befund betrachtet werden könnte, und ob der Befund von Eiweiss überhaupt unter allen Umständen auf eine Erkrankung der Niere gedeutet werden muss, wurde in diesem Buche schon erörtert. (Vide Seite 149.) Hier handelt es sich darum, ob eine Schrumpfniere, oder der Verdacht darauf eine Versicherung nach der III. G. Kl. zulässt.

Vom jeztigen Standpunkte der ärztlichen Versicherungskunde muss man diese Frage verneinen. Der grossen Zal jener Personen, die bei anscheinend ungetrübter Gesundheit Jahre hindurch fortleben, kann man eben so grosse und wie es scheint eine weitaus grössere Anzal von Personen entgegenstellen, bei welchen der einige Zeit andauernde chronische Zustand bald und unvermittelt in ein subakutes oder akutes Stadium überging. Die Chronizität allein ist wie oben schon bemerkt wurde, kein Masstab, wonach die Versicherungsfähigkeit bemessen werden kann. Es felen hier bestimmte Anzeichen, die

das jeweilige Stadium der Krankheit erkennen, die einen Stillstand oder ein Fortschreiten der Krankheit durch scharf ausgeprägte Symptome diagnostizieren lassen.

Die Hypertrophie des linken Ventrikels, die als Compensation der Krankheit allmählig sich herausbildet, hat hier eine ganz andere Bedeutung, als wie bei dem Herzfehler, wo sie die mechanische Kraft darstellt, die eine Störung des Kreislaufes bewältigt, hintanhält, sondern beruht gleichwie im vorgeschrittenen Stadium des Emphysems (vide oben) auf schon eingetretenen pathologischen Vorgängen und beweist, dass die Krankheit im Organismus Veränderungen und Zerstörungen herbeigeführt hat. Eine Schrumpfniere oder der Verdacht darauf muss nach wie vor als versicherungsausschliessend bezeichnet werden.

Diabetes mellitus. Eine weit günstigere Beurteilung findet beim Diabetes, d. h. bei der mildereren, abgeschwächten Form statt, welche den therapeutischen und hygienischen Einwirkungen zugänglich ist, die eine Verminderung der Zukerausscheidung oder eine gänzliche Hintanhaltung derselben — wenn auch nur zur Zeit ihrer Anwendung — herbeiführen und dabei oder vielleicht eben dadurch einen heilsamen Einfluss auf die Symptome, ja auf den Gesamtorganismus ausüben. Hier ist bei guter Ernährung, beim Abgehen aller Symptome, welche die charakteristischen Merkmale der schweren Formen des Diabetes abgeben und namentlich bei Verhältnissen, die eine gewisse Bürgschaft bieten, dass die therapeutischen und hygienischen Vorsorgen fortgesetzt in Anwendung kommen werden, eine Versicherung nach der III. G. Kl. statthaft.

Die Glycosurie kann nicht so recht von der leichten Form des Diabetes abgeschieden werden. Dieselbe wird stets den Verdacht auf Diabetes lenken.

Die Epilepsie. Die ausgesprochene Form der Epilepsie, die häufigen und schweren Anfälle, gleichgiltig, ob damit psychische Störungen, oder ein normales Verhalten verbunden sind, wird als ein ganz besonders versicherungsfeindlicher Zustand betrachtet, wiewol Epileptiker recht oft eine ganz normale Lebensdauer aufweisen, und nicht selten durch eine besondere geistige Begabung sich auszeichnen. Eine Anreihung der Epileptiker, namentlich beim Abgehen aller psychischen Störungen

an die III. G. Kl. hat eine gewisse Berechtigung. Die mildere Form, die leichten epileptischen Anfälle das „Petit mal.“, wobei nur ein rasch vorübergehender Schwindel, ein leichter Ohnmachtsanfall, oder eine kurze Bewusstlosigkeit sich einstellt, kann sogar noch nach der II. G. Kl. ihre Beurteilung finden.

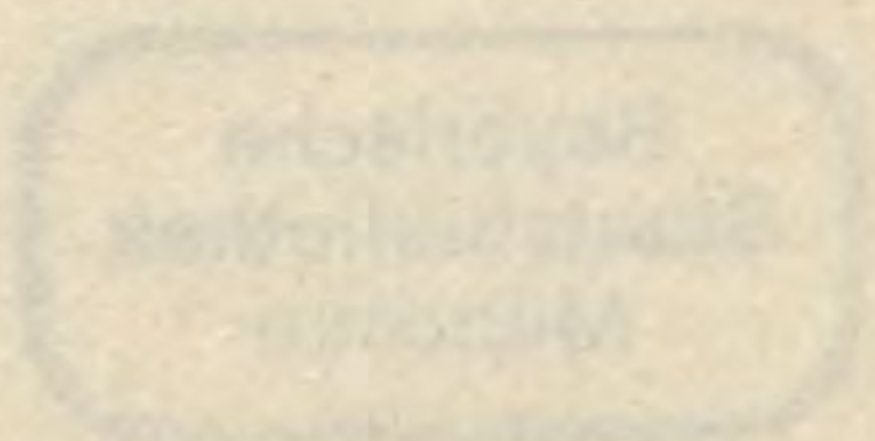
Tabes dorsalis. Ob auch Tabes nach der III. G. Kl. bemessen werden kann, ist noch unentschieden. Die Chronizität ist hier wol sichergestellt, doch fehlen bestimmte Anhaltspunkte, die das jeweilige Stadium der Krankheit markieren.

Es scheint nicht im Sinne und Geiste der Lebensversicherung zu sein, solche unklare, jede voraussichtliche Prognose ausschliessende Krankheitszustände zu berücksichtigen.

Gallen- und Nierensteine, die einen chronischen Verlauf haben, die sich ab und zu, wenn auch in Pausen von einigen Jahren durch den Befund oder durch die Symptome sicht- und fühlbar machen, können nur unter günstiger Voraussetzung nach III. G. Kl. bemessen werden. Wo ihre Anfälle mit lebensbedrohenden Erscheinungen verbunden sind, bei häufigen Einklemmungen und bei wiederholten Störungen des Gallenabflusses und der Urinabsonderung, bei Entzündungsvorgängen, bei Pyelitis calculosa ist eine Versicherung selbst dann nicht statthaft, wenn zur Zeit solche Zustände nicht mehr fortbestehen.

Es soll hier als Schlussbemerkung die Wichtigkeit des Hausarztes, dessen Gutachten bei der Versicherung der minderwertigen Leben, weit häufiger in Anspruch genommen werden müsste, als sonst nach dem bisherigen Systeme der strengen Auslese, besonders hervorgehoben werden. Ein Gutachten des Hausarztes soll in jenen Fällen eingeholt werden, wo die Verhältnisse unklar und die Zustände verdachterregend sind. Für unklare und verdächtige Gesundheitsverhältnisse aber, ist diese Versicherungsart nicht geschaffen, sondern für die als minderwertig erkannten Versicherungsfälle, über welche der Versicherungsarzt und besonders der Chefarzt ganz im Klaren sein müssen. Die Anfragen an den Hausarzt werden nicht selten zu Gunsten des Versicherungswerbers selbst geschehen, der aus Mangel an Klarheit sonst abgelenkt werden müsste, bei erfolgter Aufklärung von Seiten des Hausarztes jedoch, nach einer Gefarenklasse noch berücksichtigt werden

könnte. Aber gerade das Vorhandensein eines Hausarztes wird nicht selten hartnäckig verschwiegen, selbst wenn solche Krankheiten angegeben werden, bei welchen eine ärztliche Behandlung unumgänglich notwendig ist. Man gibt oft eher die Krankheit als den behandelnden Arzt an. Der Versicherungsarzt hat die Aufgabe durch eine eindringliche Fragestellung den Hausarzt oder sonst die Aerzte, welche die Person in den letzten Jahren zu Rate gezogen hat, zu erforschen.



Specielle Pathologie und Therapie.

herausgegeben von
Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel.

Einteilung der Bände*)

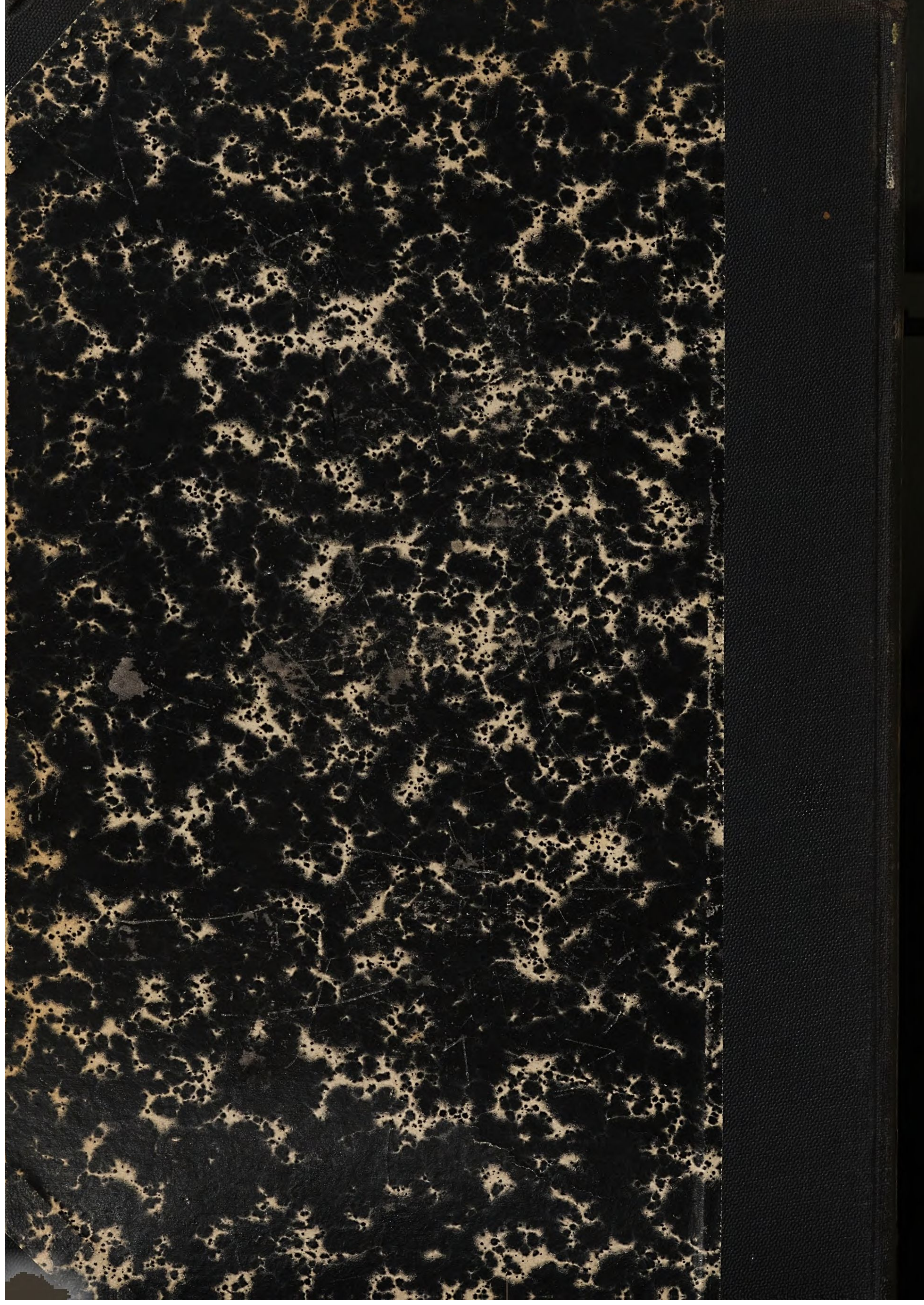
	Subscr.- Preis Mk. Pf.	Einzel- Preis Mk. Pf.
I. Die Vergiftungen. Prof. Dr. R. v. Jaksch in Prag. Erschienen sind 2 Lieferungen.		
II. Acute Infectiouskrankheiten: Allgemeine Einleitung. Dr. G. Klemperer in Berlin. Diphtherie. Prof. Dr. A. Baginsky in Berlin.		
III. Acute Infectiouskrankheiten: Typhus abdominalis, — exanthematicus, — recurrens, Ephemera. Geh. Med.-R. Prof. Dr. H. Curschmann in Leipzig. Septische Erkrankungen, Erysipel, Parotitis. Prof. Dr. H. Lenhartz in Hamburg. Malariaerkrankungen. Doc. Dr. J. Mannaberg in Wien.		
IV. Acute Infectiouskrankheiten: Cholera asiatica u. Cholera nostras. Prof. Dr. K. v. Liebermeister in Tübingen Influenza und Dengue. Geh. San.-R. Prof. Dr. O. Leichtenstern in Köln. Mit 2 Abbildungen und 1 Curventafel Keuchhusten. Bostock'scher Sommerkatarrh (Heufieber). Doc. Dr. G. Sticker in Giessen. Acute Exantheme. Einleitung: Masern. Prof. Dr. Th. v. Jürgensen in Tübingen Scharlach, Röteln, Varicellen. Von demselben Variola (incl. Vaccination). Prof. Dr. H. Immermann in Basel Geheftet In Halbfranzband Subscriptionspreis des vollständigen Bandes: Geheftet In Halbfranzband	2.80 4.80 2.80 4.20 6.40 6.20 — — 27.20 32.20	3.60 6.40 3.60 5.60 8.70 8.40 10.90 — — — —
V. Acute Infectiouskrankheiten: Acuter Gelenkrheumatismus. Hofr. Prof. Dr. A. Přibram in Prag. Tetanus. Geh. M.-R. Prof. Dr. A. Kast in Breslau. Dysenterie (Ruhr). Dr. Kartulis in Alexandrien. Mit 13 Abbildungen, ... Pest, Gelbfieber, Schweissfriesel. Prof. Dr. H. Immermann in Basel. Zoonosen I. Milzbrand, Rotz. Actinomykosis, Maul- und Klauenseuche. Prof. Dr. F. v. Korányi in Budapest. Mit 6 Abbildungen und 6 Tafeln in Farbendruck. Zoonosen II. Lyssa. Prof. Dr. A. Högyes in Budapest. Mit 18 Abbildungen	2.20 4.80	3.— 6.—
VI. Thierische Parasiten. Geh. Med.-R. Prof. Dr. F. Mosler in Greifswald und Prof. Dr. E. Peiper in Greifswald. Mit 124 Holzschnitten Geheftet In Halbfranzband	9.— 11.50	11.20 13.70
VII. Chronische Constitutionskrankheiten: Rhachitis und Osteomalacie. Prof. Dr. O. Vierordt in Heidelberg. Mit 12 Abbildungen . . Akromegalie. Doc. Dr. M. Sternberg in Wien. Gicht, Fettsucht. Prof. Dr. O. Minkowski in Strassburg. Rheumatismus chronicus, Arthritis deformans. Hofr. Prof. Dr. A. Přibram in Prag. Diabetes mellitus und insipidus. Prof. Dr. B. Naunyn in Strassburg.	3.20	4.80
VIII. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe: Leukämie (Pseudoleukämie) Hämoglobinämien. Geh. Med.-R. Prof. Dr. P. Ehrlich in Berlin und Dr. A. Lazarus in Berlin. Die Bleichsucht. Prof. Dr. K. v. Noorden in Frankfurt a. M. Erkrankungen der Milz, Scorbut, Hämophilis und andere Blutungskrankheiten. Prof. Dr. M. Litten in Berlin.	4.20	5.20
IX. Erkrankungen des Nervensystems: Allgemeine Einleitung in die Gehirnpathologie, Localisation, Blutung, Erweichung, Embolie. Prof. Dr. K. v. Monakow in Zürich. Die Geschwülste des Gehirns. Prof. Dr. H. Oppenheim in Berlin. Mit 14 Abbildungen. . . Syphilitische Erkrankungen des Gehirns. Prof. Dr. H. Oppenheim in Berlin. Mit 17 Ab- bildungen. Geheftet In Halbfranzband Die Encephalitis und der Hirnabscess. Prof. Dr. H. Oppenheim in Berlin. Mit 7 Abbildgn. . Die progressive allgemeine Paralyse. Hofr. Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing in Wien Infantile Cerebrallähmung. Doc. Dr. S. Freud in Wien Erkrankungen der Hirnhäute. Hydrocephalie. Prof. Dr. F. Schultze in Bonn. Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnerkrankungen. Prof. Dr. Th. Kocher in Bern.	6.— 4.20 — — 5.80 2.15 6.40	8.— 5.60 8.10 7.— 2.70 8.—
X. Erkrankungen des Nervensystems: Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Geh. Med.-R. Prof. Dr. E. v. Leyden u. Prof. Dr. Goldscheider in Berlin. Mit 46 Abbildungen u. 5 Tafeln. Geheftet In Halbfranzband	18.20 20.70	23.60 26.10
XI. Erkrankungen des Nervensystems und der Muskeln: Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin. I. Theil. Mit 33 Abbildungen und 5 Tafeln. Geheftet In Halbfranzband II. Theil. Mit 10 Abbildungen.	9.— 11.50 10.—	12.— 14.50 12.50

*) Die erschienenen Bände, beziehungsweise Abtheilungen, sind durch die beigesetzten Preise erkennbar.

Eintheilung der Bände*)

	Subscr.- Preis Mk. Pf.	Einzel- Preis Mk. Pf.
Der umschriebene Gesichtsschwund. Dr. P. J. Möbius in Leipzig. Mit 7 Abbildungen. . .	1.20	1.80
Der Ménière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres. Priv.-Doc. Dr. L. v. Frankl-Hochwart in Wien.	2.30	3.—
Die nervösen Erkrankungen des Geschmacks und Geruchs, die Tetanie. Von demselben . .	4 20	5.20
Erkrankungen der Muskeln. Priv.-Doc. Dr. H. Lorenz in Wien.		
Neuritis und Polyneuritis. Prof. Dr. E. Remak und Dr. E. Flatau in Berlin.		
XII. Erkrankungen des Nervensystems:		
Hysterie, Hypochondrie, Traumatische Neurosen (Hypnotismus) Epilepsie. Hofr. Prof. Dr. O. Binswanger in Jena.		
Nervosität und neurasthenische Zustände. Hofr. Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing in Wien. .	4.—	5 30
Vertigo. Geh. Med.-R. Prof. Dr. E. Hitzig in Halle a. d. S.		
Chorea, Athetose, Paralysis agitans, Myoklonus multiplex. Prof. Dr. R. Wollenberg in Halle a. d. S.		
Die Migräne. Dr. P. J. Möbius in Leipzig.	2.15	2.70
Die Seekrankheit. Prof. Dr. O. Rosenbach in Berlin.	2 20	—.—
XIII. Erkrankungen des Respirationsapparates:		
Die Erkrankungen der Nase und des Rachens. Prof. Dr. K. Stoerk in Wien. Mit 89 Abbildungen und 4 Tafeln im Texte.	8.60	11.40
Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre. Von demselben.		
Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder. Geh. Med.-R. Prof. Dr. K. Gerhard in Berlin.	1.60	2.—
Die Krankheiten der Bronchien. Geh. Med.-R. Prof. Dr. F. A. Hoffmann in Leipzig. Mit 10 Holzschnitten und 3 Tafeln in Farbendruck	6.60	8.80
Erkrankungen des Mediastinums. Von demselben. Mit 2 Holzschnitten	2.—	2.60
XIV. Erkrankungen des Respirationsapparates:		
Erkrankungen des Brustfells. Prof. Dr. O. Rosenbach in Berlin.	4.80	6.—
Erkrankungen des Lungenparenchyms. Prof. Dr. E. Aufrecht in Magdeburg.		
Tuberculose. Prof. Dr. Cornet in Berlin.		
Scrophulose. Prof. Dr. Cornet in Berlin.		
XV. Erkrankungen der Kreislaufsorgane:		
Allgemeines, Endocarditis und Klappenfehler, Hypertrophie, Dilatation, Herzinsuffizienz. Prof. Dr. Th. v. Jürgensen in Tübingen.		
Angeborene Herzfehler. Prof. Dr. H. Vierordt in Tübingen.		
Erkrankungen des Herzmuskels und nervöse Erkrankungen. Prof. Dr. L. Krehl in Jena.		
Erkrankungen des Herzbeutels. Hofr. Prof. Dr. L. v. Schrötter in Wien.	1.80	2.20
Erkrankungen der Gefäße. Hofr. Prof. Dr. L. v. Schrötter in Wien.		
XVI. Erkrankungen der Verdauungsorgane:		
Erkrankungen der Mundhöhle und Speiseröhre. Prof. Dr. F. Kraus in Graz.		
Die Erkrankungen des Magens. Geh. Med.-R. Prof. Dr. F. Riegel in Giessen. I. Theil. Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Mit 15 Abbildungen.	7.20	9.60
XVII. Erkrankungen der Verdauungsorgane:		
Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. Hofr. Prof. Dr. Nothnagel in Wien. 3 Theile. I. Theil. Mit 3 Tafeln	4 80	6.40
II. Theil. Mit 17 Tafeln	8.—	10.60
Magen- und Darmerkrankungen des Säuglingsalters. Prof. Dr. Th. Escherich in Graz.		
XVIII. Erkrankungen der Verdauungsorgane:		
Erkrankungen der Leber. Geh. Med.-R. Prof. Dr. H. Quincke und Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler in Kiel.		
Erkrankungen des Pankreas. Prof. Dr. L. Oser in Wien.		
Erkrankungen der Nebennieren. Hofr. Prof. Dr. E. Neusser in Wien.	1.90	2.30
XIX. Erkrankungen des Harn- und männlichen Geschlechtsapparates:		
Die Erkrankungen der Nieren. Geh. Med.-R. Prof. Dr. H. Senator in Berlin. Geheftet	8.70	11.60
In Halbfranzband	—.—	14.10
Nierenbecken und Ureteren, Harnblase und Prostata. Doc. Dr. M. Mendelsohn in Berlin.		
Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Med.-R. Prof. Dr. P. Fürbringer in Berlin.	4.—	5.25
XX. Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane:		
Hofr. Prof. Dr. R. Chrobak in Wien und Prof. Dr. A. v. Rosthorn in Prag. 2 Theile. I. Theil, I. Hälfte. Mit 97 Abbildungen	5.60	7.20
XXI. Erkrankungen des Auges auf extraorbitaler Grundlage. Geh. Med.-R. Prof. Dr. H. Schmidt-Rimpler in Göttingen.		
XXII. Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Cretinismus. Geh. Med.-R. Prof. Dr. C. A. Ewald in Berlin. Mit 19 Abbildungen und einer Karte		
Die Basedow'sche Krankheit. Dr. P. J. Möbius in Leipzig	—.—	8.80
Subscriptionspreis des vollständigen Bandes Geheftet	9.—	3.20
In Halbfranzband	11 50	—.—
XXIII. Syphilis. Hofr. Prof. Dr. I. Neumann in Wien. Mit 60 Abbildungen. Geheftet		
In Halbfranzband	24.—	—.—
XXIV. Hautkrankheiten. Prof. Dr. A. Jarisch in Graz.		
	26.50	—.—

*) Die erschienenen Bände, beziehungsweise Abtheilungen, sind durch die beigetzten Preise erkennbar.



Buchheim, Eduard

Ärztliche Versicherungs-Diagnostik der vollwertigen und der minderwertigen
Leben

Wien 1897

Path. 195 tv

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11820392-1